Rok XXXIX. Kraków, 27 Października 1900. Nr. 43.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z uniwersyteckiej kliniki okulistycznej Prof. Dr. Macheka we Lwowie.

Ciała obce żelazne lub stalowe w gałce ocznej i technika ich wydobywania.

Podał

Dr. Adam Bednarski

I. Asystent kliniki.

(Wykład w sekcyi okulistycznej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polsk.)

Zastósowanie elektro-magnesu i igły magnetycznej do operacyi i do rozpoznania obecności ciał obcych żelaznych lub stalowych w oku jest ważną zdobyczą, świadcząca o postępie naszej wiedzy. Największe zasługi na tem polu należą się Hirschbergowi i Asmusowi. Hirschberg podając swój mały elektro-magnes, sprowadził operacyę wydobycia kawałków żelaza z oka do rzędu operacyi pospolitych, igła zaś magnesowa dopiero w sideroskopie Asmusa znajduje praktyczne zastosowanie w okulistyce. W ślad za publikacyami przytoczonych autorów wzrasta tu odnoszące się piśmiennictwo w obu kierunkach i dziś już posiada za sobą przeszłość, a żywotność swoją ciągle zaznacza nowemi zdobyczami.

Pierwszy w r. 1842 Dr. Meyer z Minden wydobył dużym elektro-magnesem kawałek żelaza z wnętrza gałki ocznej przez rankę twardówkową.

Minęło przeszło ćwierć wieku, aż M'c Keown (1874) wyjmuje znów sztabką magnesową z ciałka szklanego kawałek żelaza, robiąc cięcie południkowe w twardówce.

Hirschberg wykonał w r. 1879 pierwszą swą operacyę przyrządem, sporządzonym odpowiednio do celów operacyjnych, t. zw. małym elekro-magnesem Hirschberga. Od tego czasu setki przypadków ogłasza piśmiennictwo, a mały elektro-magnes Hirschberga, podobnie jak nożyk Graefowski, stał się przyrządem, wchodzącym w skład każdego okulistycznego zbioru narzędzi. Zapał do operacyi szybko wzrastał, równocześnie jednak z licznymi szczęśliwie kończącymi się przypadkami było i dużo takich, w których elektro-magnes zawiódł, a co ważniejsza, były i takie przypadki, gdzie operacya wprawdzie szczęśliwie wypadła, żelazo z oka wydobyto i to na czas, chory mimo tego jednak wzrok później tracił, a tracił najczęściej wskutek następowego oderwania się siatkówki — spowodowanego, jak przeważnie mniemano, zmianami w ciałku szklanem skutkiem urazu, wywołanego przez wprowadzenie doń końca elektro-magnesu. To też pojawienie się w r. 1892 dużego elektro-magnesu Haaba natchnęło otuchą operatorów i wielkie wzbudziło nadzieje, nim bowiem można było wyjmować kawałki żelaza z oka bez zadania rany ciałku szklanemu, a nawet bez cięcia twardówkowego.

Nowy rywal szybko zdobywał sobie zwolenników; elektro-magnes Hirschberga jednak, jako starszy i znacznie tańszy, wytrzymywał współzawodnictwo, zwłaszcza, że główna ta jego wada, iż koniec elektro-magnesu trzeba przybliżyć prawie do ciała obcego, gdyż siła jego magnetyczna mało działa na odległość, ustąpiła z ukazaniem się w r. 1894 sideroskopu Asmusa, którym ciała obce stalowe lub żelazne możemy ściśle zlokalizować, a wiedząc już, gdzie ciało obce się znajduje, przybliżyć koniec elektro-magnesu do niego stało się rzeczą prostą.

Odkrycie promieni Roentgena począwszy od r. 1896 znajduje i w okulistyce zastosowanie w celach rozpoznawczych ciał obcych.

Ze strony teoretycznej, mającej przytem doniosłe znaczenie praktyczne, zajęli się wpływem żelaza na gałkę oczną Leber, Hippel i inni, określając działanie jego chemiczne.

Z polskich prac przytoczyć należy rozprawę Gepnera (syna): „O ciałach obcych metalicznych w oku"; A. Bednarskiego: „Kilka przypadków wykrycia ciał obcych żelaznych lub stalowych w oku zapomocą sideroskopu Asmusa z następowem ich wydobyciem elektro-magnesem Hirschberga"; E. Macheka: „Badania promieniami Roentgena w przypadkach utkwienia ciał obcych w oku i oczodole."

Ciała obce, nim utkwią we wnętrzu gałki, muszą przebić jej ściany i wywierają na nią uraz cięższy lub lżejszy, który do pewnego stopnia wikła przypadek, tak jak i wielkość ciała obcego; główne jednak znaczenie, jakie ma obecność ciał obcych żelaznych lub stalowych w oku, zależnem jest od ich umiejscowienia, zakaźności i działania chemicznego.

Co do umiejscowienia ciał obcych w gałce ocznej uważam jako najodpowiedniejszy podział na 1) ciała obce, które nie przeszły przez ciałko szklane i 2) ciała obce, które przez nie przeszły i albo w niem pozostały, albo też poszły dalej i utkwiły w ścianach gałki. Nieskończenie wielka bowiem zachodzi różnica pod względem znaczenia między ciałami obcemi, znajdującemi się w rogówce, w przedniej komorze, w tęczówce, w soczewce i w twardówce, a temi, które zraniły ciałko szklane, podczas gdy mała jest różnica tak pod względem znaczenia klinicznego, jako też wyboru operacy czy ciało obce znajduje się tuż poza soczewką w ciałku szklanem, a więc w przedniej części gałki ocznej, czy też więcej ku tyłowi, więc w tylnej części gałki. Wyjątkowe znaczenie co do umiejscowienia mają rzadko zdarzające się przypadki zranienia głównego pnia naczyń środkowych siat-

kówki, pociągające za sobą natychmiastową utratę wzroku skutkiem krwotoku, lub też zranienia plamki żółtej.

Sprawa zakaźności ciał obcych jest jedną z najważniejszych pod względem wpływu swego na gałkę oczną, a przytem pojęcie zakaźności ciał obcych stanowi kwestyę bardzo zawiłą i dotychczas należycie nie rozwiązaną, chociaż na pozór bardzo prostą. I tak wedle Hirschberga jeżeli ciało obce żelazne, które się dostało do wnętrza gałki, było zakaźne, to w 24—48 godzin, rzadko po 72 godzinach, wywołuje ono zawsze zapalenie całego ciałka szklanego *(Panophtalmitis)*. Cóż się jednak dzieje, jeżeli ciało obce żelazne po kilku dniach nie sprowadza objawów ropienia? Często takie ciało obce otarbia się wskutek wywołania miejscowego zapalenia. Jak to miejscowe zapalenie należy rozumieć? Elschnig robi tu porównanie z ogniskami gruźliczemi, mówiąc: „Drobnoustroje, wywołujące zapalenie, mogą uraz z ciałem obcem w oku przebywać, a później skutkiem nieznanych przyczyn, podobnie jak ogniska gruźlicze, zdające się być zupełnie uleczone, a nawet zwapniałe, po latach mogą dać powód do wybuchu ostrej gruźlicy, ich tylko utajona działalność może się rozwinąć i utratę wzroku spowodować."

Należałoby więc w myśl tego rozróżniać między ciałami zakaźnemi, ciała, wywołujące ogólne ropne zakażenie ostre *(panophtalmitis)* i ciała, wywołujące miejscowe tylko przewlekłe zakażenie, które jednak może w danym razie dać powód do ogólnego zapalenia przewlekłego.

Wedle Hippla „koło ciała obcego niezakaźnego nie tworzy się nigdy zbita, otaczająca całe ciało obce torebka tkankołączna; wytwarzanie się jej jest następstwem silnego odczynu zapalnego miejscowego, wywołanego przez miejscowe zakażenie. Nie może ulegać wątpliwości, że zależnie od jakości, ilości i żywotności drobnoustrojów, które wraz z ciałem żelaznem dostały się do oka, zapalenie odczynowe może być silniejsze lub słabsze, więcej lub mniej rozległe. Zelazo niezakaźne nigdy nie wywołuje ropienia." Oprócz wpływu zakaźności niewątpliwie i działanie mechaniczne, jako też działanie chemiczne żelaza przyczyniają się w mniejszym lub większym stopniu do wywołania miejscowego zapalenia; czy te trzy wpływy (zakaźny, chemiczny i mechaniczny) działają razem, czy jeden z nich wywołuje główne działanie (np. zakaźny), lub czy jeden z nich tylko działa (np. chemiczny), od tego zależnym jest przebieg cierpienia i los oka zranionego.

Obok umiejscowienia i zakaźności bardzo ważne miejsce zajmuje wpływ chemiczny ciał żelaznych na gałkę oczną. Jak to Leber doświadczalnie wykazał, żelazo pod wpływem kwasu węglowego tkanek rozpuszcza się i jako dwuwęglan żelazawy (dwuwęglan żelaza v. żelazisty) przenika tkanki gałki ocznej na mocy dyfuzyi, a następnie pod wpływem tlenu krwi tętniczej zamienia się na nierozpuszczalny tlenek żelaza, który osadza się w komórkach wchodząc w połączenia z ich istotami białkowatemi. Obok tego działania pośredniego, żelazo działa i wprost na najbliższe otoczenie, czyli wywołuje t. zw. syderozę bezpośrednią w odróżnieniu od tamtej, t. zw. syderozy pośredniej (Hippel). Perls, Hippel i in. wykazali, że również i żelazo, zawarte we krwi, może pod tymi samymi warunkami osadzać się w komórkach, jako nierozpuszczalny tlenek żelaza, czyli wywołuje tak samo, jak kawałki żelaza, w gałce ocznej syderozę, którą zowiemy hematogenetyczna, w odróżnieniu od tamtej, zwanej syderozą ksenogenetyczną. Niektóre szczególniej komórki mają większą zdolność wiązania tlenku żelaza, mianowicie przybłonek ciałka rzęskowego, części rzęskowej siatkówki i torebki soczewkowej (Hippel). Na preparatach drobno-widowych syderoza przedstawia się jako brunatne ziarnka barwika, złożone w komórkach, które nie różnią się wcale od barwika prawidłowego komórek barwikowych; pod wpływem jednak wody chlorowej barwik prawidłowy gałki ocznej rozpuszcza się zupełnie, zaś barwik pochodzący z żelaza nie ulega zmianie. Pod wpływem żelazosinku potasowego i kwasu solnego (odczyn Perlsa) barwik z żelaza przyjmuje zabarwienie wybitnie niebieskie. Barwik brunatny pod wpływem działania 5% kw. solnego ginie, jeżeli żelazo pochodziło z ciał obcych; zaś nie ginie, jeżeli żelazo jest pochodzenia hematogenetycznego; tym więc sposobem możemy odróżnić syderozę hematogenetyczną od ksenogenetycznej. Obok odczynu Perlsa mamy odczyn Quinkego, za pomocą siarczku amonowego, przyczem tworzy się siarczek żelaza w postaci czarno-zielonych ziarenek, a obok tych dwóch są jeszcze inne, mające mniejsze zastósowanie.

Klinicznie obraz syderozy najwybitniej występuje na soczewce, tworząc wieniec złogów rdzawych pod torebką soczewkową; wieniec taki uprawnia nas do rozpoznawania ciała obcego żelaznego w gałce ocznej; barwa zaś rdzawa tęczówki może być pochodzenia tak hematogenetycznego, jak i ksenogenetycznego. Syderoza rogówki dotychczas nie została naukowo stwierdzoną. Obok tego żelazo daje powód do zwyrodnień siatkówki, objawiających się głównie zwężeniem pola widzenia, zmniejszeniem poczucia światła i barw. Nim przyjdzie do objawów syderozy, potrzeba na to dłuższego czasu, zwykle paru miesięcy; zależy to od umiejscowienia ciał żelaznych; tak np. znane są przypadki odłamków żelaza w tęczówce, które po kilkunastu latach nie wywołują objawów syderozy; obok tego zależy jeszcze od wielkości, a często od przyczyn nieznanych. Leber już po 24 godzinach spostrzegał na królikach wpływ chemiczny żelaza na gałkę oczną; zwykle występuje on po kilku dniach, a niekiedy po paru tygodniach dopiero.

Oprócz tych szkodliwych w. o. wpływów żelaznych ciał obcych na gałkę oczną, może obecność ich wywołać złowrogie zapalenie sympatyczne drugiego oka i jakkolwiek obecności odłamków żelaza w oku nie można zaliczyć do rzędu przyczyn, wywołujących najczęściej zapalenie sympatyczne i chociaż w świeżych przypadkach, nie powikłanych cięższem zranieniem, nie należy się go obawiać, to jednak obecność żelaznych ciał obcych w oku stanowi przecież ciągły miecz Damoklesa, tem więcej złowrogi, że utajona działalność po latach może się rozwinąć. I tak Copper opisał przypadek, w którym żelazo 5 lat przebywało w oku i dopiero po upływie tego czasu wywołało zapalenie n. wzrokowego i siatkówki drugiego oka. W przypadku Collina w 15 lat po zranieniu ciałem żelaznem wystąpiło sympatyczne zapalenie oka. Banistet opisuje przypadek, gdzie kawałek żelaza, 2 mm. długi, 1 mm. gruby, leżał 17 lat w oku zanikłem, nie wywołując zapalenia sympatycznego, aż wreszcie po latach 17 przyszło do zapalenia sympatycznego. Powen znalazł kawałek żelaza $2^1/_2$ mm. długi, wklinowany w nerwie wzrokowym, gdzie spokojnie leżał przez lat 17, aż wreszcie po tym czasie przyszło do za-

palenia sympatycznego, objawiającego się światłowstrętem, łzawieniem, nastrzykaniem rzęskowem itp.

Z drugiej strony ciała obce żelazne lub stalowe mogą długi czas w oku pozostawać nie wywołując w nim szkodliwych wpływów. Hippel zebrał 34 takich przypadków z literatury; szczególniej odnosi się to do ciał, które nie przeszły przez ciało szklane. Topolański np. opisał przypadek, w którym ciało żelazne tkwiło 22 l. w przodkowej komorze bez szkody dla oka. A. Bednarski spostrzegał przypadek w lwowskiej klinice okulistycznej, w którym kawałek żelaza leżał w tęczówce od lat 15, nie wywołując szkodliwego wpływu. Schlösser opisał przypadek, gdzie żelazo leżało 3 lata w soczewce przeźroczystej itp.

Nim przyjdzie do tych bliższych lub dalszych następstw obecności odłamków żelaza lub stali w oku, zwracają one naszą uwagę pod względem rozpoznawczym, a szczególniej dawniej rozpoznanie ich należało do rzędu najtrudniejszych. Na pewno bowiem rozpoznawać możemy je wtedy, gdy je wprost lub zapomocą wziernika widzieć możemy; okienko w tęczówce, lub kanał, widoczny w soczewce, są również pewnemi oznakami obecności ciał obcych w gałce. To jednak rzadko się zdarza i dla tego obecność tych ciał obcych najczęściej „rozpoznawano," ale rozpoznanie nie równa się pewności, a dopiero zastosowanie igiełki magnetycznej lub promieni Roentgena pewność tę nam daje.

Jakkolwiek użycie igły magnetycznej do celów rozpoznawczych odłamków żelaza lub stali w oku nie jest świeże, a wspomnę tu próby Polleya, Grüninga, Pagenstechera, Fröhlicha i in., to jednak praktyczne zastosowanie igły magnetycznej weszło dopiero w użycie z podaniem magnetometru Gerarda w r. 1890 i później sideroskopu Asmusa w roku 1894. Wartość obu tych przyrządów polega głównie na wprowadzeniu lupy, która najlżejsze wychylenia igiełki możemy obserwować, a skutkiem tego wykrywać najdrobniejsze kawałki żelaza lub stali, a nawet je lokalizować.

Sideroskop Asmusa, jako czulszy i dokładniejszy pod tym względem, dzisiaj znajduje powszechne zastosowanie. Za daleko by mnie zaprowadziło opisywanie tutaj przyrządu lub sposobu jego użycia, zresztą tąk jedno, jak i drugie są to rzeczy powszechnie znane. Ograniczę się tylko do wypowiedzenia kilku uwag, które po kilkoletniej praktyce w tym względzie mi się nasunęły. Wartość lokalizacyi ma tylko wtedy znaczenie dla operatora, jeżeli jest jak najdokładniejszą. Zupełnie nie wystarcza ograniczyć się do lokalizacyi do kwadrantów przedniej połowy gałki ocznej. Pomijając ciała obce w przedniej komorze, tęczówce lub soczewce, które gołem okiem widzieć możemy, należy przy ciałach obcych, leżących w przedniej połowie ścian gałki lub ciałku szklanem tuż po za soczewką, zlokalizować je nie popełniając większej omyłki nad 2—3 mm. (Dok. n.)

II. Patogeneza żółtaczki.

Podał

Prof. Browicz.

(Wykład na Zjeździe lekarzy i przyrodników w Krakowie 23 lipca 1900).

(Dokończenie).

Na podstawie tego w czterech niejako różnych formach żółtaczki zgodnego obrazu mikroskopowego, a mianowicie na tej podstawie, iż komórki wątrobne tak w ostrej, jakoteż przewlekłej postaci żółtaczki złogów żółci nie zawierały, lub niekiedy nieznaczne tylko złogi, a wobec zgodnego we wszystkich przypadkach pojawiania się złogów żółci w naczyniach włoskowatych krwionośnych doszedłem do następującego tłómaczenia powstawania żółtaczki.

Wskazałem powyżej, że zastoju żółci i cofania się jej aż do najdrobniejszych, a raczej początkowych gałązek przewodów żółciowych obrazy mikroskopowe nie wykazują, nie może on więc być przyczyną przelewania się żółci z przewodów żółciowych międzykomórkowych do naczyń limfatycznych lub krwionośnych. Musi działać tu inna przyczyna, której następstwem — dostawanie się żółci w obieg ogólny. W przypadkach zaś, gdy niema śladu ani makroskopowej, ani mikroskopowej jakiejkolwiekbądź mechanicznej przeszkody odpływu żółci, samo przez się rozumie się, iż w czem innem przyczyny dostawania się żółci w obieg ogólny upatrywać musimy. Z obrazów mikroskopowych komórki wątrobnej w toku przekrwienia biernego u człowieka, gdy pewna ilość krwinek czerwonych w tak leniwo wśród rozszerzonych naczyń włoskowatych krążącej krwi niszczeje, a hemoglobina w roczyn przechodzi, (obacz pracę: „Śródkomórkowe kanaliki żółciowe i t. d." jakoteż „O patologicznym stanie jądra komórki wątrobnej"), z obrazów komórki wątrobnej psa po wstrzyknięciu roczynu hemoglobiny do krwi (obacz tę pracę) wynika, iż komórka wątrobna może wciągnąć [komórka w pochłanianiu materyału odżywczego i czynnościowego bierze czynny udział, nie zachowuje się biernie, nie dzieje się to drogą dyfuzyi (obacz pracę: „O drogach odżywczych w komórce wątrobnej")] znaczną ilość hemoglobiny płynnej, następnie z obrazów komórki wątrobnej, które opisałem w pracy o pochłanianiu krwinek czerwonych przez komórkę wątrobną, wynika, iż komórka wątrobna wciągnąć może znaczniejszą nawet ilość krwinek czerwonych, wnosić można, iż komórka wątrobna, jakimkolwiekbądź sposobem podrażniona, pracować może z większą energią. Naturalnie może to uczynić tylko komórka zdrowa, normalna, która ten nadmiar materyału pochłoniętego przerobić może na żółć i wydalić następnie w normalnym kierunku do przewodów żółciowych międzykomórkowych. Tak pochłanianie większej ilości materyału, przerobienie tegoż, jakoteż całkowite wydalenie z komórki może być, powtarzam to raz jeszcze z naciskiem, dziełem tylko komórki zdrowej, a nie schorzałej. A komórki wątrobne w wątrobie żółtaczkowej w ogniskach, gdzie żółć znajduje się w świetle naczyń włoskowatych krwionośnych, właśnie nie zawierają złogów żółci, albo też bardzo nieznaczne; natomiast widać przewody żółciowe międzykomórkowe przepełnione żółcią, dokąd żółć tylko z komórek wątrobnych dostać się mogła. Mimochodem nadmieniam, iż, zdaniem mojem, akt wydalania żółci z komórki, kurczenie się jej niejako, jest jedną z przyczyn wypływu żółci z przewodów międzykomórkowych do przewodów śródbeleczkowych, a stamtąd do przewodów żółciowych śródzrazikowych obwodowych, wyścielonych nabłonkiem[1]).

Nadmierna ilość żółci, wydalona do przewodów międzykomórkowych (które znowu, jak to z mojej pracy: „O bu-

[1]) W zraziku wątroby odróżnić należy cztery części przewodów żółciowych: *a)* śródkomórkowe *b)* międzykomórkowe *c)* środbeleczkowe a wreszcie *d)* przewody wysłane nabłonkiem w obwodowych częściach zrazików łączące się z przewodami międzyzrazikowymi.

dowie przewodów żółciowych międzykomórkowych i ich stosunku do naczyń włoskowatych i krwionośnych“ wynika, stykają się z naczyniami krwionośnemi włoskowatemi), znajduje się tamże pod większem ciśnieniem, rozrywa ściankę przewodu, jakoteż naczynia włoskowatego krwionośnego i wlewa się do krwi. Widzimy jednak tak w przypadkach ostrej, jakoteż przewlekłej żółtaczki, że komórki ścienne naczyń krwionośnych, tak przylegające ściśle do komórek wątrobnych, jakoteż oddzielone, złuszczone i wolno w świetle naczynia leżące, zawierają złogi żółci, która, jak to z pracy mojej: „O budowie ścian naczyń włoskowatych krwionośnych i ich stosunku do komórek wątrobnych“ wynika, dostać się tam może wprost z komórek wątrobnych bez względu na to, czy przyjmiemy istnienie dróg odżywczych w komórce wątrobnej, łączących się z komórkami ściennemi naczyń włoskowatych krwionośnych, co na podstawie moich badań twierdzę, czy też nie przyjmiemy. Jakkolwiekbyśmy tłómaczyli zjawisko to, faktem niewątpliwym jest, iż tak w ostrej, jakoteż w przewlekłej żółtaczce złogi żółci znajdują się w komórkach ściennych naczyń krwionośnych włoskowatych śródzrazikowych. Podwójną więc drogą dostać się może żółć do krwi. Przyjmując istnienie dróg odżywczych w komórce wątrobnej, które z naczyniami krwionośnemi włoskowatemi muszą być w ścisłym związku (patrz pracę: „Jak i w jakiej postaci otrzymują komórki wątrobne hemoglobinę“, jakoteż „O drogach odżywczych w komórce wątrobnej“, niemniej „O budowie ścian naczyń krwionośnych włoskowatych śródzrazikowych“), możemy sobie łatwo wytłómaczyć dostawanie się żółci do komórek ściennych naczyń krwionośnych włoskowatych, a stamtąd do krwi. W miarę bowiem wytwarzania przez komórkę wątrobną nadmiaru żółci może łatwo z powodu bliskiego sąsiedztwa śródkomórkowych dróg żółciowych i odżywczych nastąpić wśród komórki wątrobnej przebicie się, przelanie się żółci z dróg żółciowych do odżywczych i wydalanie żółci z komórki wątrobnej w dwóch kierunkach: ku przewodowi żółciowemu międzykomórkowemu i ku naczyniu krwionośnemu włoskowatemu.

Na podstawie więc tych obrazów mikroskopowych odnoszę powstanie żółtaczki, jakkolwiek to paradoksalnie brzmi, do komórki wątrobnej z d r o w e j, która p o d r a ż n i o n a pochłaniać może nadmiar materyału odżywczego i czynnościowego, a więc i hemoglobiny, bądź to płynnej, bądź w krwinkach czerwonych zawartej, wytwarzać może nadmiar żółci i wydalać ją tak do przewodów żółciowych międzykomórkowych, jakoteż przez komórki ścienne, przez ścianę naczyń włoskowatych krwionośnych do krwi. Że przepełnienie przewodów żółciowych międzykomórkowych nie jest wyrazem stopniowego rozszerzania się przewodów żółciowych wśród wątroby w razie działania momentu mechanicznego, dowodzi ta okoliczność, którą powyżej z naciskiem podniosłem, iż komórki wątrobne nie zawierają złogów żółci, a powinnyby je obficie zawierać, gdyby żółć coraz wyżej się cofała wskutek przepełniania się niższych części przewodów żółciowych, po drugie to, iż ten sam obraz spotykamy w przypadkach żółtaczki, gdzie o działaniu jakiegokolwiekbądź momentu mechanicznego mowy niema. Moment mechaniczny wywołując, jak to powyżej podałem, przekrwienie bierne wśród zrazików, działa pośrednio, ma niewątpliwie znaczenie, a żółtaczka powstaje nie wskutek uciskania przewodów żółciowych śródzrazikowych przez rozszerzone naczynia włoskowate, lecz wskutek pochłaniania nadmiaru hemoglobiny i wytwarzania nadmiaru żółci. Do tego potrzeba jednakże p o d r a ż n i e n i a komórki wątrobnej, podniecenia jej energii czynnościowej.

Żółtaczka u noworodków powstaje, według mego zdania, w ten sam sposób, a za tem przemawia zgodność obrazu mikroskopowego z obrazami ostrej żółtaczki u psa po toluilendiaminie i w przewlekłej żółtaczce u człowieka. Wskutek stanu przekrwienia wątroby u noworodka, wskutek zwiększonej energii komórek wątrobnych w czasie poczynającego się trawienia, wskutek obfitego niszczenia krwinek czerwonych w pierwszym okresie życia noworodka istnieją te same warunki do wytwarzania rzeczywistego nadmiaru żółci, a przynajmniej barwnika żółci, przez komórki wątrobne, jak u zwierzęcia w następstwie eksperymentu, lub u człowieka wskutek pośredniego działania momentu mechanicznego lub stanów chorobowych krwi, w których niszczeją obficie krwinki czerwone, hemoglobina w rozczynie we krwi się znajduje.

Co się tyczy drugiego zagadnienia w kwestyi patogenezy żółtaczki, to obrazy tak w przypadkach ostrej żółtaczki u psa i u noworodka, jakoteż u człowieka w przypadkach przewlekłej żółtaczki, świadczą niewątpliwie, iż o d p o c z ą t k u rozwoju żółtaczki żółć do naczyń krwionośnych włoskowatych śródzrazikowych się dostaje.

Już w poprzednich pracach moich wskazałem, że kwestya naczyń limfatycznych wśród zrazików wątroby jest niejasną. Ścisły związek, jaki istnieje pomiędzy komórkami wątrobnemi a naczyniami krwionośnemi, a raczej ich komórkami ściennemi, przez które odpowiedni materyał odżywczy i czynnościowy, tak płynny, jakoteż stały (krwinki czerwone), do komórki wątrobnej się dostaje, czyni istnienie przestworów limfatycznych o k o ł o n a c z y n i o w y c h niemożliwem, a naczynia limfatyczne w tej formie, jak je dotąd przyjmujemy, nie istnieją. Istnienie naczyń limfatycznych wśród zrazików wątroby w ogóle jest bardzo problematyczne i podzielam zdanie T e i c h m a n n a, który *(Rozprawy wydz. matem.-przyr. Akad. Umiej. t. 34)* wprost twierdzi, iż naczynia limfatyczne w zrazikach wątroby nie istnieją.

Czy naczynia limfatyczne wątroby w dostawaniu się żółci w obieg ogólny wcale udziału nie biorą? Nie sądzę. — Według mego zdania odbywa się dostawanie się żółci w obieg ogólny przez naczynia limfatyczne n i e w ś r ó d z r a z i k ó w w ą t r o b y, g d z i e ż ó ł ć w p r o s t d o n a c z y ń k r w i o n o ś n y c h s i ę d o s t a j e, l e c z w o b r ę b i e g r u b s z y c h p r z e w o d ó w ż ó ł c i o w y c h, j a k o t e ż p r z y w n ę c e w ą t r o b y p o ł o ż o n y c h, w których to przewodach żółciowych od chwili działania momentu mechanicznego, a tem bardziej w razie doraźnego zamknięcia głównego przewodu żółciowego, coraz więcej żółci się gromadzi, rozszerza je i tu żółć naczyniami limfatycznemi wchłoniętą być może. Zapatrywanie to usuwałoby sprzeczność różnych eksperymentów z podwiązywaniem równoczesnem głównego przewodu żółciowego i piersiowego. Do wywarcia wpływu podwiązania głównego przewodu żółciowego, napełniającego się żółcią, na krążenie śródzrazikowe potrzeba pewnego czasu, a dopiero po rozwinięciu się przekrwienia istnieją warunki dostania się żółci do naczyń krwionośnych, do krwi, gdy z przepełnionych grubych przewodów żółciowych żółć prędzej naczyniami limfatycznemi w obieg ogólny dostać się może. Po podwiązaniu głównego przewodu żółciowego u królika, u którego

w stosunku do wagi ciała obfita ilość żółci się wytwarza, spotkać można żółtą treść przewodu piersiowego, a więc limfę, zabarwioną żółcią, co świadczy o wchłanianiu żółci także drogą naczyń limfatycznych.

Wszystkie, powyżej na wstępie przytoczone, różnie modyfikowane eksperymenta wskazują, iż żółć dostaje się w obieg ogólny także naczyniami limfatycznemi i że prędzej czy później barwnik żółci w limfie wykazywano. Czy to dzieje się, jak ja sobie wyobrażam, drogą naczyń limfatycznych w obszarze grubszych dróg żółciowych, na to dowodu mikroskopowego dzisiaj jeszcze dostarczyć nie mogę, a tylko mikroskopowo szczegół ten udowodnić można.

Zestawiając wynik moich badań w kwestyi patogenezy żółtaczki, opartych na obrazach mikroskopowych wątrób w przypadkach ostrej żółtaczki u psa np. toluilendiaminą wywołanej, w przypadkach kilka dni trwającego zwężenia głównego przewodu żółciowego u psa, żółtaczki noworodków, jakoteż przewlekłej żółtaczki u człowieka, doszedłem do następujących wniosków:

1. Podstawę żółtaczki upatruję w spotęgowanej czynności komórki wątrobnej zdrowej, jakimkolwiekbądź sposobem podrażnionej, która wtedy pochłonąć może większą ilość hemoglobiny i wytworzyć może większą ilość żółci, a względnie barwnika żółci.

2. Komórka wątrobna zdrowa, która może pochłonąć większą ilość hemoglobiny i wytworzyć większą ilość żółci, wydala ją całkowicie, co tylko komórka zdrowa uczynić jest w stanie, do przewodów żółciowych międzykomórkowych, skąd, po części także przez komórki ścienne naczyń krwionośnych, żółć dostaje się do naczyń krwionośnych włoskowatych śródzrazikowych, wprost do krwi.

3. Moment mechaniczny, przeszkadzający odpływowi żółci, działa tylko pośrednio w powstaniu żółtaczki wywołując wskutek uciskania gałązek żylnych śródwątrobowych przez rozszerzone grubsze przewody żółciowe przekrwienie wśród zrazików wątroby, nastręczające komórkom większą ilość hemoglobiny.

4. Drogą, którą żółć dostaje się w obieg ogólny, są naczynia włoskowate krwionośne śródzrazikowe, a tylko w małej części naczynia limfatyczne około grubszych przewodów żółciowych.

5. Wszystkie formy żółtaczki sprowadzam więc do jednego mianownika t. j. do spotęgowanej czynności komórki wątrobnej, wytwarzającej nadmiar żółci.

Dopiero teraz dostała mi się w ręce druga praca Wertheimera i Lepagea pod tytułem: „Sur les effets de la ligature simultanée du canal choledoque et du canal thoracique“ *(Journal de physiologie et de pathologie générale,* 1899). Doszli oni znowu drogą eksperymentu co do dróg, któremi żółć w obieg ogólny się dostaje, do tego samego wyniku, do którego ja doszedłem drogą badania mikroskopowego.

* * *

III. Rozpoznanie, rokowanie i leczenie wstrząśnienia błędnika.

Podał

Dr. R. Spira.

(Wykład w sekcyi otyatrycznej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

(Ciąg dalszy).

W wszystkich podobnych wątpliwych przypadkach istniejące i stale się utrzymujące upośledzenie słuchu pochodzenia wykazalnie błędnikowego przemawia za zajęciem błędnika, a przeciw przyrodzie ogólno nerwowej. Gdy zaś, jak wyżej wspomnieliśmy, głuchota nie jest stałym objawem każdego przypadku wstrząśnienia błędnika, to często będziemy w stanie sprawę wyjaśnić dopiero po dłuższem i bacznem spostrzeganiu napadów zawrotu, objawów poprzedzających i następujących, po dokładnem rozważeniu wywiadów i przebiegu. I tak n. p. obciążenie dziedziczne, mimowolne oddawanie moczu i kału, dłuższy czas trwająca bezprzytomność, dłuższe zamroczenie świadomości po napadzie, napady tężcowo-drgawkowe i t. p., objawy rzadko, albo wcale nie zdarzające w zawrocie błędnikowym, to są czynniki przemawiające za padaczką, a przeciw zajęciu błędnika. To samo można powiedzieć *mutatis mutandis* o odróżnieniu wstrząśnienia błędnika od innych stanów nerwowych, przedstawiających nieraz podobne objawy, jak *hemicrania,* neurastenia, choroba Basedowa. Towarzyszące lub czasowo pojawiające się objawy kliniczne tej lub owej nerwicy dostarczać będą zawsze ważnych wskazówek rozpoznawczych. I tak nieprawidłowy stan nerwowy i psychiczny, parestezye błony śluzowej górnych dróg oddechowych zauważa się według Cozzoliniego tylko u neurasteników lub u osób skłonnych do neurastenii Zwykłym objawem u neurastenika usznego (otoneurastenique) jest też przeczulica słuchowa *(Hyperacusis)* i szczególnie tony jaskrawe, rażące, sprawiają takim chorym przykre i nieprzyjemne wrażenia.

Zawsze jednak i o tem pamiętać należy że choroba, nerwowa może z jednej strony być pierwotnym, bezpośrednim skutkiem urazu i przyczyną objawów błędnikowych, z drugiej następstwem wstrząśnienia błędnika, wywołanego przez uraz. Podobnie jak niektóre inne choroby uszne mogą dać powód do napadów padaczkowych, tak również nie jest wykluczonem, że takie napady mogą nieraz wystąpić wskutek wstrząśnienia błędnika. Cozzolino odróżnia otoneurastenię istotną, to jest cierpienie uszne na tle neurastenii, od neurastenii, powstałej wskutek choroby usznej, szczególnie błędnika, i dalej neurastenię „ototraumatyczną“, podobnie do histeryi „ototraumatycznej“ (p. wyżej), t. j. neurastenię z objawami zawrotu, niedosłyszenia, i t. d., powstałą wskutek urazu.

Że objawy uszne, jak głuchota, zawrót głowy, uporczywy szum, sprawiają nietylko cierpienia fizyczne, lecz także moralne i że przez przygnębienie umysłu i rozdrażnienie mogą, szczególnie u osób, do tego usposobionych, doprowadzić do różnych chorób nerwowych i umysłowych, o tem poucza często doświadczenie. W ten sposób mogą zdarzać się przypadki, w których istnieją równocześnie obok siebie zajęcie błędnika i nerwica ogólna. Określenie wzajemnego

stosunku obu cierpień, ich kolejności, zależności od siebie i związku przyczynowego przedstawia nieraz wielkie trudności i wymaga dłuższego spostrzegania i dokładnej rozwagi, aby rozstrzygnąć, czy w danym razie np. neurastenia jest chorobą główną, pierwotną, podstawową, której objawem częściowym są zaburzenia w narządzie słuchowym i statycznym, czy też pierwotną sprawą jest wstrząśnienie błędnika usznego, które następowo pociągnęło za sobą rozstrój nerwowy.

Jest rzeczą powszechnie wiadomą, że prawie wszystkie choroby uszne mogą dać początek objawom zawrotowym, pomimo że błędnik jest nienaruszony. Mogłaby więc taka choroba istniejąca oddawna, albo powstała dopiero po urazie, a nawet w jego następstwie, być przyczyną takich objawów. Z drugiej strony uraz mógłby spowodować np. ostre zapalenie ucha środkowego, które nie tylko drogą odruchową, ale wprost rozszerzając się na błędnik, może stać się źródłem owych objawów. Choroba zatem błędnika, nawet jeżeli występuje po urazie, niekoniecznie musi być bezpośredniem jego następstwem, lecz może być następstwem innej choroby usznej, powstałej skutkiem urazu. Nagłe pojawienie się, jak również powolne rozwijanie się tych objawów może nastąpić także w różnych innych chorobach błędnika i n. słuchowego, szczególnie w obecności i na tle innych spraw chorobowych, sprzyjających powstaniu cierpienia błędnika. Jako takie wymienić należy, oprócz chorób innych części ucha, kiłę, zapalenie nagminne gruczołów przyusznych *(Parotitis epidemica)*, dur, grypę, ostre zakaźne osutki i inne choroby zakaźne, dalej białaczkę, zapalenie nerek, moczówkę, dnę, gościec i zaziębienie, jak głuchotę t. zw. gośćcową, dalej uwiąd rdzenia, obrzęk śluzakowy, bezwład postępujący. Tu należą również zaburzenia krążenia, jak przekrwienia i niedokrewność błędnikowa pierwotna albo następowa np. po operacyi, miażdżyca tętnic, zator tętnicy słuchowej, oraz nowotwory błędnika i n. słuchowego i ogólne choroby nerwowe. W ciąży, połogu i różnych zaburzeniach płciowych u kobiet zdarzają się niewytłómaczone dotąd zaburzenia słuchowe. Nareszcie spotykamy podobny zupełnie obraz chorobowy, mianowicie chorobę Ménierea nieurazowego pochodzenia, po zaziębieniu, przepracowaniu się, po obfitych ucztach, wpływach psychicznych i w wymienionych wyżej chorobach ogólnych.

Otóż wywiady co do dawniejszego stanu narządu usznego, dokładne badanie otoskopem, a szczególnie wykazanie głuchoty błędnikowej i zbadanie stanu ogólnego i wszystkich narządów całego ustroju mogą w wątpliwych przypadkach przysporzyć nam szczegółów, rozstrzygających rozpoznanie. Najważniejszą wskazówkę zajęcia błędnika stanowi nerwowe upośledzenie słuchu, mianowicie połączone z zmniejszeniem przewodzenia kostnego, co można wykazać za pomocą znanych prób słuchowych, zapomocą różnych strojników i słuchomierzów. Za zajęciem błędnika przemawiają nadto według Gradenigo: 1) nagłe powstanie głuchoty wysokiego stopnia obok ujemnego wyniku badania otoskopem, 2) nagłe wystąpienie ciągłych podmiotowych wrażeń słuchowych, 3) pojawienie się szumu w uszach muzykalnego charakteru, 4) brak bólów, uczucia ciężaru, pełności i t. d. w uchu, i 5) bolesna nadczułość wobec silnych dźwięków *(Hyperacusis dolorosa*, acustische schmerzhafte Hyperaesthesie).

Za zajęciem n. słuchowego przemawia prędkie wyczerpanie czynnościowe percepcyi słuchu, zmniejszenie bystrości słuchu, przeważnie dla tonów średniej wysokości; natomiast w chorobach samego tylko błędnika brakuje w polu słuchowem tylko wysokich tonów.

Nowotwory błędnika i n. słuchowego rzadko tylko są pierwotne, a przeważnie wychodzą albo z jamy czaszkowej, albo z ucha zewnętrznego i środkowego, dają się zatem na podstawie objawów ze strony tych części nieraz łatwo rozpoznać.

Zator w zakresie n. słuchowego zdarza się przeważnie w zapaleniu wsierdzia, w zaniku ogólnym *(marasmus)* i w innych chorobach, szczególnie narządu krążenia, których objawy dostarczą wówczas wskazówek rozpoznawczych.

Podobnież i inne choroby, stanowiące tło zajęcia błędnika, posiadają swoje objawy (jak kiła wrodzona i nabyta i t. d.), które nieraz łatwo można stwierdzić albo wykluczyć, byleby tylko o nich pamiętać i zwracać na nie uwagę.

Morf radzi zawsze wobec zaburzeń słuchowych bez innych przyczyn badać dokładnie mocz. Zależność stopnia niedosłyszenia od objawów nerkowych, mianowicie moczniсowych i obrzękowych, przy których pogorszeniu i słuch się pogarsza i *vice versa*, daje dobre wskazówki rozpoznawcze i przemawia za zależnością zaburzeń usznych od zapalenia nerek.

W chorobach n. słuchowego przyrody gośćcowej znajduje się zwykle równocześnie zmiany w zakresie innych nerwów mózgowych, szczególnie n. twarzowego, trójdzielnego i t. d.

Zresztą według Pollaka i Gradenigo nieprawidłowe zachowanie się n. słuchowego wobec drażnienia prądem galwanicznym, mianowicie powiększenie jego pobudliwości elektrycznej przy braku ogólnej nerwowości, przemawia za urazowem pochodzeniem choroby błędnika. Natomiast Alt wykazał we wszystkich chorobach nietylko błędnika, ale także ucha środkowego, połączonych z podmiotowemi wrażeniami słuchowemi i zawrotem głowy, wzmożoną pobudliwość elektryczną n. słuchowego. Rozumie się samo przez się że w przypadkach, w których objawy te pochodzą z kilku różnych przyczyn, będzie nieraz bardzo trudno roztsrzygnąć, czy te przypady zależne są od tej lub owej przyczyny. Naprzykład po urazie rozwija się jakaś inna choroba uszna. Po niejakim czasie pojawiają się przypady błędnikowe, które mogłyby powstać drogą odruchową wskutek owej choroby, albo też mieć przyczynę w wstrząśnieniu błędnika, wywołanem wprost przez uraz, równocześnie z ową chorobą uszną. Albo też chory na uszy doznał np. urazu. Po jakimś czasie występują objawy zawrotowe, mogące mieć źródło albo w dawnej chorobie usznej, albo też w wstrząśnieniu po urazie. Dalej uwiąd rdzenia, stwardnienie rozsiane w ośrodkowym układzie nerwowym i inne choroby nerwowe mogą powstać wskutek urazu i być przyczyną choroby błędnika, która jednakże może również zależeć wprost od urazu. W podobnych przypadkach, gdzie istnieje współzawodnictwo przyczyn, tylko ścisłe spostrzeganie przebiegu, poboczne, towarzyszące objawy choroby usznej dawniejszej, dokładne wywiady, wpływ leczenia na chorobę błędnikową i t. d., pozwolą względnie *ex juvantibus et nocentibus* wnosić o pochodzeniu i przyrodzie tej choroby.

Różne lekarstwa, jak chinina, połączenia salicylowe, nikotyna, ołów, chloroform i i., szczególnie ich nadużywanie,

mogą sprowadzić objawy, podobne do opisanych, i dać powód w danym przypadku do pomyłki rozpoznawczej. Sapolin spostrzegał objawy Méniera po używaniu azotanu srebrowego do farbowania włosów, Eitelberg po pędzlowaniu gardła 10% rozczynem tego samego leku. Wywiady, przebieg odróżniają jednak różne te stany.

Według Woakes zmiany dolnego zwoju szyjnego n. spółczulnego mogą być powodem objawów błędnikowych. Zwój ten wywiera z jednej strony wpływ na tętnicę kręgową, a zatem także na naczynia błędnika, z drugiej zaś na rozgałęzienia n. błędnego. Cierpienie zatem tego zwoju może sprowadzić ze strony błędnika niedosłyszenie szum w uszach, zawrót głowy, a ze strony n. błędnego nudności, wymioty, i t. p. Na to należy w danym razie w rozpoznaniu zwrócić uwagę. Zaburzenia słuchowe, występujące nieraz równocześnie z zaburzeniami naczynioruchowemi w zakresie n. spółczulnego spostrzegali Urbantschitsch i i. Że w licznych i różnorodnych zboczeniach organicznych i czynnościowych w zakresie narządów płciowych u kobiet, jak podczas ciąży, miesiączki, okresu przejściowego, w chorobach macicy, samogwałcie i i występują nieraz różne zaburzenia słuchowe, szmery podmiotowe, o tem już wyżej wspomnieliśmy. Nie ulega wątpliwości, że zawsze zdarzać się będą przypadki, w których odróżnienie rozpoznawcze będzie niemożebnem.

Trudniej jeszcze rozstrzygnąć pytanie, czy wspomniane przypady pochodzą tylko ze wstrząśnienia tj. czy rozwinęła się sprawa czysto nerwowa, czy też zaszły jakieś zmiany anatomiczne w błędniku. Z jednej strony bowiem mogą powstawać zmiany anatomiczne, niedostępne badaniu przedmiotowemu i nie dające się klinicznie wykluczyć. Z drugiej strony wobec wykazanych nawet zmian organicznych w narządzie słuchu, często trudnem a nawet niemożebnem może być rozstrzygnięcie, czy dane objawy od nich zależą, czy też powstały niezależnie od nich wskutek równoczesnych zaburzeń nerwowych czynnościowych. Otóż bóle głowy, bóle w uchu, zajęcie n. twarzowego, albo innych nerwów mózgowych, objawy uszkodzeń ubocznych, szczególnie mózgu, objawy wynaczynień w jamie czaszkowej, albo w mózgu, krwawienie z nosa, z ust, z ucha, uszkodzenie ucha środkowego i zewnętrznego itp. przemawiają za zmianą organiczną, a względnie za pęknięciem podstawy czaszki, albo kości skalistej; brak zaś takich objawów przemawia za wstrząśnieniem. Zdaniem Briegera czynnościowe uszkodzenie błędnika odróżnia się od uszkodzenia organicznego niestałością objawów i równoczesnemi zaburzeniami czuciowemi w uchu zewnętrznem. Z tem zgadzam się tylko o tyle, że cechy te właściwe są nerwicy błędnikowej, jako częściowemu objawowi ogólnej nerwicy urazowej, podczas gdy w innych, zupełnie samoistnych nerwicach błędnikowych może zupełnie brakować tych cech rozróżniających. Dalej nierównomierne upośledzenie słuchu, brak percepcyi dla pewnych tylko tonów i dźwięków, ma przemawiać za krwawieniem w błędniku. Stany, w których istnieje skłonność do zaburzeń krążenia, jak choroby narządu krążenia, nerek, białaczka, krwawiączka, plamica i t. p. każą przypuszczać przekrwienia albo wynaczynienia skutkiem urazu. Wykluczenie takich i podobnych objawów przemawia za czystem wstrząśnieniem; w każdym razie pewne rozpoznanie pod tym względem nie będzie częstem, co należy uwzględnić w leczeniu.

Bezpośrednio po zadziałaniu silnych dźwięków przytępienie słuchu i szum w uchu nie zawsze polegają na wstrząśnieniu n. słuchowego, lecz mogą także mieć źródło w skurczu odruchowym m. napinającego błonę bęb., który to skurcz zwykle po krótkim czasie ustępuje. Wykluczenie tej przyczyny może być bardzo trudne, a nawet niemożliwe. Najpewniejszym środkiem rozpoznawczym byłoby przecięcie tego mięśnia. Ustąpienie objawów po tym zabiegu przemawiałoby za ostatnią przyczyną i odwrotnie.

Jeszcze trudniej rozróżnić, czy dany uraz spowodował wstrząśnienie, względnie uszkodzenie czynnościowe samych zakończeń nerwu słuchowego, czy też jego jąder ośrodkowych. Równoczesne zaburzenie czynnościowe w zakresie sąsiednich nn. mózgowych przemawia za ostatniem. Jednakże rozróżnienie tych stanów napotyka często na niezwalczone przeszkody. Na szczęście odróżnienie to nie posiada większego praktycznego znaczenia.

3) W 3 gromadzie przypadków nareszcie, w której objawy zawrotowe szybko przemijają, rozpoznanie co do związku przyczynowego nie może sprawiać znaczniejszych trudności, i to tem mniej, ponieważ zależność choroby od urazu jest tu zawsze widoczną, a i przypady przeważnie ustępują w chwili, w której działanie przyczyny zewnętrznej czyli urazu ustaje. Choroba opisana przez Politzera i nazwana przez niego „naczynio-ruchowem porażeniem n. słuchowego“, przebiega wprawdzie całkiem podobnie, objawiając się nagłem wystąpieniem nudności, zawrotu, szumu w uszach i przytępienia słuchu, które to objawy prędko ustępują, i mogłaby dać powód do pomyłki rozpoznawczej. Jednakże nagłe zblednięcie twarzy z początku, ustępujące z końcem napadu, znamionuje dostatecznie to cierpienie; od pomyłki z wstrząśnieniem błędnika chronią już zresztą odmienne wywiady.

W końcu należy zaznaczyć, że w przypadkach, w których objawy nie pojawiają się natychmiast po urazie, rozpoznanie urazowej, czynnościowej choroby błędnika może być najczęściej tylko mniej lub więcej prawdopodobnem, rzadziej pewnem. (C. d. n.)

IV. Wyciągi.

Kluczenko (protomedyk Bukowiny). **Odkażanie formaldehydem.** (*Wiener klin. Wochs.* 1900, Nr. 41). Odkażające własności aldehydu kwasu mrówkowego polegają głównie na silnej jego skłonności redukującej, dzięki której gaz ten już w powietrzu łatwo utlenia się na kwas mrówkowy. Do odkażania używa się rozmaitych przetworów formaldehydu, jakoto: 1) formaliny (40% rozczyn formaldehydu w wodzie), 2) paraformolaldehydu (stały produkt polimeryzacyi formaldehydu), 3) holzyny (rozczyn w wyskoku metylowym), 4) glikoformolu (mięszanina formaliny z 10% gliceryny). Formaldehyd odkaża przedmioty tylko na powierzchni, nie wnikając w głąb. Aby pary formaldehydu działały skutecznie, muszą być nasycone parą wodną. Ponieważ formaldehyd drażni silnie błony śluzowe, przeto po dokonanem odkażeniu starać się trzeba jak najszybciej je usunąć z odkażonego mieszkania, co dokonywa się zapomocą par amoniaku, wprowadzonych natychmiast po ukończeniu odkażania. Powstaje wówczas bezwonne, stałe ciało: hexametylentetramina. — Najlepszym i najtańszym środkiem odkażającym jest formalina, z zalecanych zaś przyrządów najlepszymi są te, które równocześnie z formaliną rozpylają odpowiednią ilość pary wodnej (Praussnitza, Flüggego, czyli t. zw. wrocławski, Schlossmana, ulepszony przez Czaplewskiego. Należy dążyć do zbudowania przyrządów jeszcze prostszych, a przedewszystkiem tańszych). Na 100 m.^{3} odkażonej przestrzeni należy liczyć 1 litr formaliny, 3 l. wody i 1 l. wyskoku (jako materyału opałowego). Formalin z parą wodną wprowadzać należy najmniej przez 7 godzin. Używając podwójnej ilości formaliny można

czas ten skrócić o połowę. Ciepłota w odkażanej przestrzeni musi wynosić conajmniej 12° C. i to we wszystkich jej częściach powinna być równą. Przedmioty, znajdujące się w mieszkaniu, powinny być tak ustawione, aby formalina działać mogła na wszystkie ich powierzchnie. Wszystkie szpary i t. d. w mieszkaniu muszą być szczelnie zatkane, obrazy i t. p. ze ścian pozdejmowane, pościel, bielizna i t. d. szeroko porozwieszane i porozpinane. Przyrządy, wywiązujące formalinę, powinny stać tak, aby nie przeszkadzały otwarciu drzwi i nie groziły pożarem. Służba, zatrudniona przy odkażaniu, pracować ma w płaszczach płóciennych i kaloszach i po ukończeniu przygotowań zdjąć płaszcze odkażonemi (2% karbolem lub lyzolem) rękami i zawiesić w odkażanem mieszkaniu; przed rozpoczęciem swych czynności mieć wszystko potrzebne pod ręką, a w ich czasie nie powinna wchodzić do innych mieszkań. Po 7-miogodzinnem działaniu przyrządów odkażających wprowadza się do mieszkania pary 25% kupnego amoniaku, w stosunku 8 cm.³ na 1 m.³ odkażanej przestrzeni; w godzinę potem otwiera się okna i drzwi mieszkania dla przewietrzenia na czas jak najdłuższy. (Przedmioty metalowe w mieszkaniu należy zaraz do suchości obetrzeć, gdyż inaczej ulegają uszkodzeniu). Odkażanie formaliną zalecać należy w przypadkach błonicy, płonicy, odry, ospy, duru osutkowego, grypy, moru i gruźlicy. W cholerze, czerwonce i durze brzusznym nie zaleca się ten sposób odkażania: lepiej odkazić pościel, bieliznę i suknie zapomocą pary, łóżko chorego i otoczenie zmyć rozczynem kwasu karbolowego i odkazić wychodki mlekiem wapiennem: jednakże i po tych chorobach można użyć odkażenia formaliną, jako odkażenia wstępnego. Przyrząd do wytwarzania par formaliny kosztuje od 50—72 koron, przyrząd do amoniaku 32 koron, drobniejsze przedmioty potrzebne 30 k.; formalina 3·20 k. za litr, amoniak 1·20 k. za litr. Prawdopodobnie jednak przyrządy w przyszłości stanieją. — Obecnie wyrabia Elb w Dreznie t. zw. cegiełki (briquettes) karboformalowe, których zalety wysoko podnosi Enoch, które jednakże wymagają dokładniejszych jeszcze badań swej wartości. *C.*

Doc. Pick. **O sposobach przechowywania okazów anatomicznych w postaci naturalnej.** (*Berl. klin. Wochs.* 1900, Nr. 41 i 42). P. podaje następujący przepis. Po ustaleniu okazu w formalinowym rozczynie soli karlsbadzkiej, przenosi go do 80—85% wyskoku, a następnie przechowuje w glicerynowym rozczynie octanu sodowego. Sposób Picka jest zatem podobny do sposobów dawniejszych Melnikow-Raswedenkowa, Joresa i Kaiserlinga, różniąc się tylko tem, że P. nie używa silniejszych rozczynów formaliny nad 5%, wprowadza zamiast mięszanin Joresa sól karlsbadzką, a zamiast octanu potasowego tańszy octan sodowy. P. zwraca uwagę, że sposobu przechowywania okazów trzeba się, jak wszystkiego, starannie uczyć, stosując go odpowiednio do przedmiotu, a nie szablonowo według jednej recepty. Inaczej najlepszy nawet przepis składu środków konserwujących nie na wiele się przyda. *C.*

Prof. Hansemann. **Niektóre zagadnienia nauki o komórkach i znaczenie ich w uzasadnieniu organoterapii.** (*Berl. klin. Wochs.* 1900, Nr. 41 i 42). H. na zasadzie dawniejszych swych badań i wywodów doszedł doszedł do następujących pojęć o wzajemnym stosunku komórek ustroju: 1) Pomiędzy rozmaitymi rodzajami komórek istnieje związek altruistyczny w tem znaczeniu, że pewien rodzaj komórek (przy ich różnicowaniu się) obejmuje w ustroju pewne określone zadania za drugie, i na odwrót, inne rodzaje komórek pełnią znów inne zadania za tamten rodzaj. 2) Zmianie jednego rodzaju komórek towarzyszy zmiana wszystkich innych rodzajów komórek, mianowicie zmianom postępowym (progressiv) altruistyczny przerost, zmianom wstecznym altruistyczny zanik (np. w postaci związku całego ustroju z rozwojem lub zanikiem narządu płciowego). Organoterapia spoczywa na dwóch zasadach, t. j. właśnie na zasadzie altruizmu komórek i na zasadzie ich swoistości (Specifität), jakiej nabierają, różnicując się w ustroju. Mianowicie usiłuje organoterapia wprowadzać do ustroju swoiste substancye, wytwarzane w prawidłowych warunkach przez pewien rodzaj komórek, jeśli ten rodzaj w ustroju zanikł, czyli usiłuje ona wypełnić brak altruistycznych czynności tego właśnie rodzaju komórek. Oczywiście usiłowanie to wtedy tylko będzie skuteczne, jeżeli chodzi o wypełnienie braku t. zw. przez Hansemanna „dodatniej“ czynności, to jest t. zw. wydzielania wewnętrznego. Natomiast poronione są wszelkie próby podawania narządów, których czynność nie jest wyłącznie „dodatnią“, lecz oprócz stwierdzonego lub domniemanego wydzielania wewnętrznego obejmuje także wydzielanie na zewnątrz, (jak np. trzustka, wątroba). Rozważywszy zasadę altruizmu i swoistości komórek, dojść się musi dalej do wniosku, że organoterapia nie ma żadnego celu w tych razach, gdy czynność jakiegoś narządu jest już nadmierną. Przyjmując, że choroba Basedowa wywołana jest nadmierną czynnością gruczołu tarczykowego, a akromegalia nadmierną czynnością przysadki mózgowej, odmówić należy wszelkiej podstawy podawaniu tyreoidyny w pierwszej, hipofizyny w drugiej chorobie. W końcu zważyć należy, że to, co w organoterapii chorym się podaje, przechodzi przedtem różne mechaniczne i chemiczne manipulacye, które cały ten sposób leczenia do tego stopnia pozbawiają cechy swoistości, iż prawie dziwić się należy rzeczywiście przez organoterapię w niektórych razach osiągniętym skutkom, tembardziej, że podawane leki przechodzą jeszcze przez sprawę trawienia i w ten sposób nie mogą w żadnym razie działać taksamo, jak te substancye, które prawidłowy ustrój sam dla siebie wytwarza. Konieczną potrzebą jest obecnie dokładne chemiczne zbadanie tych substancyj, które rzeczywiście, a nie fikcyjnie, do ustroju w organoterapii wprowadzamy, bo oprócz jodotyryny Baumana nie znamy dotąd właściwie żadnej z nich. *C.*

Jacobson (Berlin). **W sprawie leczenia schorzeń oskrzeli przez ułożenie.** (*Berl. klin. Wochenschrift*, Nr. 41, 1900). Metoda ta, podana już przez Quinckego, a mająca na celu szybkie wydalenie plwociny, zasadza się na poziomem ułożeniu chorego, przyczem część stopowa łóżka ma być na wyższym poziomie, aniżeli głowowa, czyli że chory leży na „równi pochyłej“. Oczywiście, że sposób ten zastosować się da jedynie w cierpieniach narządu oddechowego, połączonych z nadmiernem wydzielaniem plwociny (rozstrzeń oskrzeli, nieżyty i t. d.). U chorego bowiem, leżącego głową niżej, aniżeli nogi, plwocina, dzięki sile ciężkości, usuwa się zwolna również ku dołowi, a więc ku tchawicy; powtóre, wskutek zmienionego położenia plwociny, zachodzi możność dostania się do pęcherzyków płucnych powietrza, które działa jako „vis a tergo“: jeśli do tego jeszcze dodamy wysokie ustawienie przepony wskutek lekkiego napięcia trzew, otrzymamy dość czynników, powodujących ułatwione odkrztuszanie. Tylko w przewlekłych cierpieniach oskrzeli można liczyć na pomyślne wyniki, tu bowiem błona śluzowa mniej lub więcej utraciła swą prawidłową pobudliwość odruchową, a mięśnie gładkie swoje natężenie (tonus), wskutek czego lekkie bodźce (nagromadzona plwocina) nie wywołują już odczynu (kaszlu); przeciwnie rzecz się ma w przypadkach ostrych; tu już mała ilość wydzieliny wystarcza do wywołania kaszlu, dlatego ułożenie według modły Quinckego pozostanie w takich razach nietylko bez wpływu, ale jest przeciwwskazanem. Przez ustawiczne bowiem napływanie plwociny do tchawicy bywa jej błona śluzowa ciągle drażnioną, pociągając za sobą nieustający prawie kaszel, który chorego zbyt męczy, przyczem i odpluwanie w opisanej pozycyi jest utrudnione. Metody „ułożenia“ używał autor w kilku przypadkach rozstrzeni oskrzelowej z wynikiem nader pomyślnym.

Dr. Henryk Pisek.

Rostoski (Würzburg). **Badania nad położeniem żołądka u chorych niedokrewnych.** (*Münch. med. Wochenschrift*, Nr. 40, 1900). Autor, starając się wyjaśnić związek przyczynowy, jaki zachodzi między opadnięciem żołądka (gastroptosis), a niedokrewnością, wykonał szereg badań w kilkudziesięciu dotyczących przypadkach chorobowych i stwierdził, że opadnięcie żołądka bynajmniej nie musi towarzyszyć niedokrewności, a już wcale nie bywa jej przyczyną. Równocześnie także wykazały te badania, że wczesne noszenie gorsetu (przed 14-tym lub 15-tym rokiem życia) może u dziewcząt za sobą pociągnąć (ale nie musi!) opadnięcie żołądka.

Dr. Henryk Pisek.

Doc. Schlesinger (Wiedeń). **Zjawiska ruchowe w jamie ustnej i gardle przy niedomykalności zastawek tętnicy głównej.** (*Wiener klin. Wochenschrift*, Nr. 40, 1900). W niektórych przypadkach wymienionych wad krążenia można zauważyć lekkie, rytmiczne wstrząśnienia poszczególnych części jamy ustnej i gardła, pojawiające się, skoro chory przy otwartych ustach spokojnie oddycha. Wstrząśnienia te, przez Hucharda „pouls amygdale“ nazwane, bywają albo udzielane od przebiegającej w sąsiedztwie tętnicy szyjnej (carotis), albo też powstają skutkiem rytmicznego obrzmiewania części miękich — migdałków, łuków podniebiennych, języczka i nasady języka. W przypadkach, spostrzeganych przez autora, występowały podobne objawy także na dziąsłach i błonie śluzowej podniebienia twardego; czasami można tylko było zauważyć lekkie, rytmiczne ruchy języczka, odpowiadające skurczowi i rozkurczowi serca.

Dr. Henryk Pisek.

Fleuroff. **Kumys, jako środek leczniczy.** (*Russkij archiw patologii*, 1900. Tom X, zesz. 2). Na podstawie sześcioletnich prób i spostrzeżeń dochodzi F. do następujących wyników: 1. W 29 przypadkach rozmaitego rodzaju niedokrewności, tudzież w histeryi i neurastenii, poprawiał się pod wpływem kumysu stan ogólny. 2. W kolce nerkowej i wątrobowej wywoływał kumys zwiększenie się bólów. 3. W chorobach serca i naczyń wyniki leczenia kumysem były ujemne, co więcej, następowały nieraz przykre objawy (*stenocardia, tachycardia*), jako skutek zwiększenie pracy serca przez wprowadzenie znacznych ilości płynów do ustroju. 4. W gruźlicy płuc ostrej u osób młodych, w gruźlicy płuc przewlekłej, bar-

dzo posuniętej, i w gruźlicy wielu narządów wynik był zupełnie ujemny. 5. W początkowych okresach gruźlicy poprawia kumys stan ogólny, wzmaga łaknienie i ciężar ciała, zmniejsza kaszel i ilość plwociny, łagodzi gorączkę i t. d., wskutek czego uważa autor kumys w tych przypadkach za jeden z najlepszych środków leczniczych. 6. Leczenie kumysem powinno się ciągnąć jak najdłużej. 7. Przeciwwskazanym jest kumys w miażdżycy tętnic i chorobach serca, w przekrwieniach narządów brzusznych, w gośćcu i dnie, w przekrwieniach mózgu, w późnych okresach gruźlicy płuc, w kolce nerkowej i wątrobowej. 8. Należy dążyć do tworzenia zakładów leczenia kumysem na wschodzie Rosyi. *Z.*

A. Freudenberg. **O przyrządzie Downesa.** (*Berl. klin. Wochenschrift*, Nr. 42, 1900). Otrzymywanie moczu z każdej nerki oddzielnie jest bezsprzecznie bardzo ważnym środkiem do rozpoznawania chirurgicznych chorób nerek. Doniosłość praktyczna tego środka rozpoznawczego, nie potrzebująca zresztą bliższego uzasadniania, zrodziła długi szereg mniej lub więcej udatnych pomysłów. Nawet z chwilą wprowadzenia uretercystoskopii poszukiwania za przyrządem, umożliwiającym otrzymanie moczu oddzielnie z jednej nerki, nie ustały, czego dowodem jest niniejsza praca F., mająca na celu polecenie chirurgom przyrządu Downesa. Przyrząd ten, będący właściwie modyfikacyą przyrządu Harrisa, składa się z dwóch części. Jedna, przeznaczona do pęcherza, złożoną jest z dwóch metalowych cewników, leżących równolegle obok siebie i spojonych metalową płytką w sposób, umożliwiający zapomocą śruby obracanie cewników około ich osi. Po wprowadzeniu tej części do pęcherza nastawia się cewniki zapomocą wspomnianej śruby tak, że dzioby tworzą kąt 135°, przyczem okienka ich ustawiają się przed ujściami moczowodów. Druga część przyrządu jest grubym drutem, połączonym na jednym końcu z częścią pierwszą w ten sposób, że kąt nachylenia obu części do siebie może być dowolnie zmniejszany tak, że przy zupełnem zamknięciu drut układa się całą swą długością w rowku między cewnikami. Część drugą wprowadza się do odbytnicy, względnie u kobiet do pochwy. Z chwilą zbliżenia obu części do siebie wypukla się ściana pęcherza przed drutem i tworzy fałd podłużny, wypełniający dokładnie rowek między cewnikami, dzielący zatem jamę pęcherza na dwie ściśle przegrodzone części. Mocz spływający z moczowodów natychmiast zostaje odprowadzony odpowiednim cewnikiem na zewnątrz. F. zastósował przyrząd ten w 3 przypadkach. Wynik był zawsze zadawalniający. Podnieść jednakowoż należy ten szczegół, że autor zastósował sposób ten u kobiet, u których warunki użycia podobnego przyrządu są korzystniejsze. Jakkolwiek F. przypisuje sposobowi temu wiele zalet, nie zaprzecza jednak, że użycie jego nie zdoła zastąpić uretercystoskopii i że przyrząd ten znaleść może zastósowanie jedynie w przypadkach, w których bezpośrednie cewnikowanie moczowodów pod kontrolą wzroku okazuje się niewykonalnem. *Urbanik.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Dr. Antonelli opisał przypadek **wyleczenia przewlekłego zapalenia otrzewnej sposobem Duranta**, polegającym na wstrzykiwaniu J i JK w rozczynie glicerynowym z dodatkiem 20% gwajakolu. Wszystkich wstrzyknięć było 36: 6 po 0,01, 20 po 0,02 i 10 po 0,03 J. Leczenie to spowodowało zupełne wessanie wypociny. (*La Clinica moderna*, 20—81, 1900). *A. K.*

Leczenie jaglicy ichtyolem zaleca za przykładem Ebersona dr. Bielewicz: autor ten przekonał się, że w przypadkach nie zastarzałych po tygodniu błona śluzowa zaczyna klęsnąć, a w okolicznościach sprzyjających już po 3—4 tygodniach wygładza się. Nawet w przypadkach bardzo zaniedbanych, ilość wydzieliny śluzowo-ropnej szybko się zmniejsza. Zdarzało się jednak, że chory wyzdrowiał dopiero po 2-miesięcznem wytrwałem leczeniu. Postać ziarnista jaglicy, bez objawów nieżytowo-zapalnych, ustępuje o wiele trudniej. Dr. Bielewicz jest zwolennikiem słabszych rozczynów ichtyolu; rozpoczyna on leczenie 10% rozczynem, następnie stęża go do 20%; utrzymuje on, że rozczyny 30—50% wywołują silne palenie w oczach. Dr. Eberson używa ichtyolu czystego, lecz po pędzlowaniu spłókuje powieki; tego nie czyni dr. Bielewicz; oprócz pędzlowania, stosuje on także zakraplania 10% ichtyolu, na wzór zwykle używanych kropel do ócz. (*Wracz*, Nr. 40). *A. K.*

Dr. Prussian zachwala **garbnikan oreksyny w praktyce dziecięcej**; stósował on ten lek w wiesbadeńskiej poliklinice u 30 dzieci, cierpiących, dla jakichkolwiek przyczyn, na brak łaknienia; wiek dzieci wahał się od 22 miesięcy do 14 lat. Dzieciom do końca 6 r. życia podawał Prussian 2 razy dziennie po 0,25 sproszkowanego garbnikanu oreksyny, starszym po 0,6. Wynik w 23 przypadkach (77%) był znakomity: u 5 chorych gruźliczych i u 2 bledniczych łaknienie wybitnie poprawiło się; doniosłem jest spostrzeżenie, że chorzy na gruźlicę i na bledniсę przybierali na wadze. Najwybitniejszy efekt występował u chorych, których brak łaknienia był samoistny, a nie jako objaw innej toczącej się choroby; przybytek na wadze u takich chorych wynosił 200,0—600,0 tygodniowo. Prussian podziela zdanie Penzoldta, że oreksyna, drażniąc błonę śluzową żołądka, wywołuje obfitsze wydzielenie kwasu solnego i tą drogą zwiększa łaknienie. (*Zeitschrift f. praktische Aerzte* Nr. 34). *A. K.*

Leczenie światłem czerwonem odry, na wzór leczenia tą metodą ospy, zaleca dr. Chatinière z Paryża. Metoda polega na przysłonięciu wszystkich źródeł światła w pokoju zasłoną czerwoną. Autor ten twierdzi, że w 22 przypadkach odry otrzymał przy zastósowaniu czerwonego światła przebieg szybki i zupełne wyleczenie. Najkorzystniej wpływa czerwone światło na stan ogólny, ciepłotę i osutkę; zapobiegać ma również wszelkim powikłaniom. Jeśli inni klinicyści nie otrzymali równie pomyślnych wyników, to przyczyna tego tkwi w niedość ścisłem zastósowaniu szczegółów metody: natężenie czerwonej barwy ma być silne, przykrycie również ma być czerwone, a ciało chorego ma być wystawione na bezpośredni wpływ promieni, gdyż Ch. zawsze spostrzegał, że efekt tego leczenia stokroć jest wybitniejszy na częściach ciała odsłoniętych. (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* Październik, 1900). *A. K.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarz. lekarskiego galicyjskiego.

Posiedzenie z dnia 13 lipca 1900 r.

Przewodniczący kol. Sielski, członków obecnych 28.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. A. Gluziński stawia następujące wnioski:

a) Towarzystwo lekarskie lwowskie uchwala przedłożyć wniosek pełnemu zgromadzeniu lekarzy i przyrodników w Krakowie, by następny Zjazd odbył się we Lwowie.

b) Dodatkowo: wzywa się Szanowne Prezydyum Tow. lek. lwowskiego do zakomunikowania tej uchwały na Zjeździe i do zaproszenia uczestników IX-go Zjazdu na Zjazd do Lwowa.

c) Towarzystwo lekarskie lwowskie uchwala zawiadomić przez dwóch Delegatów Prezydyum m. Lwowa o odbywającym się obecnie Zjeździe w Krakowie i o zamierzonym Zjeździe za lat trzy we Lwowie, żywiąc nadzieję, że Świetna Rada m. Lwowa zechce uczestników przyszłego Zjazdu w mury swe przyjąć.

Wnioski jednogłośnie przyjęto. — Delegatami obrano prezesa i sekretarza.

III. Kol. Sielski proponuje wybrać na Zjazd higieniczny w Paryżu, jako delegatów Towarzystwa, kolegów: Merunowicza, Bądzyńskiego i Piseka; na Zjazd zaś lekarski w Paryżu kolegów: Rydygiera, Ziembickiego i Obtułowicza. — Propozycye jednogłośnie przyjęto.

Przystąpiono do porządku dziennego.

IV. Kol. Herman przedstawia: 1. Chorą A. H. l. 23, u której przed kilkunastoma dniami wykonano w klinice chirurgicznej wypiłowanie stawu barkowego lewego z powodu gruźlicy. Rana pooperacyjna zgojona przez rychłozrost. U tej samej chorej w jej 6 tym roku życia wypiłowano staw biodrowy prawy, a w 16 roku życia przebyła resekcyę stawu kolanowego lewego. Odżywienie obu kończyn dolnych nie wiele różni się, natomiast długość nogi prawej wynosi 69 ctm., lewej 76 ctm.

2. Następnie przedstawia kobietę K. Ł. l. 38, która ratując krowę zakaziła się wąglikiem (*anthrax*), stwierdzonym w klinice bakteryologicznie. Krosty wąglikowe zajęły oba przedramiona i wystąpiły wielokrotnie; było ich kilkanaście. Mimo to przebieg był bardzo łagodny, bezgorączkowy. Odpowiednio do tego terapii nie było właściwie żadnej, ograniczono się jedynie do chronienia krost od wpływów zewnętrznych. Wyleczenie zupełne po trzech tygodniach.

3. W końcu przedstawia preparat nerki, zajętej rakiem, (tumor Grawitza), uzyskany przez operacyę, dokonaną na 41 let. chorym. Ope-

racyę wykonał prof. Rydygier w znieczuleniu miejscowem płynem Schleicha. Jest to już trzeci z rzędu tego rodzaju zabieg (nephrotomia i nephrectomia), wykonany w znieczuleniu miejscowem. Ból podczas operacyi był bardzo nieznaczny, a zysk zdaje się ogromny. Chloroform bowiem, jak wiadomo, działa niekorzystnie na nerki, a wpływ ten tem fatalniej odbić się może na chorym, że po operacyi pozostaje tylko jedna nerka, która podjąć musi zdwojoną pracę. Wykonując wycięcie nerki w znieczuleniu miejscowem, uda się może usunąć zupełnie wypadki śmierci z zupełnego bezmoczu, jaki się po tych operacyach zdarza.

V. Kol. Zalewski przedstawia dwie chore po t. z. radykalnej operacyi, które były leczone sposobem, dotąd niepraktykowanym. Mianowicie celem leczenia pooperacyjnego było, by jama pooperacyjna zarosła, a nie tak, jak dotychczas robiono, by jamę pooperacyjną utrzymać na zawsze. Pierwsza chora była operowana przez Politzera w Wiedniu w lipcu 1898 roku i do lipca 1899 przebyła kilka nawrotów zapalenia w jamie pooperacyjnej. Już przy wypuszczeniu z kliniki Politzera kol. Z. proponował chorej, by w październiku 1899 roku przybyła do kliniki chirurgicznej lwowskiej, co chora uczyniła z musu, bo znów dostała zapalenia w jamie pooperacyjnej. Po wyleczeniu zapalenia, kol. Z. wykonał za zgodą prof. Rydygiera następującą operacyę: całą wyściółkę jamy pooperacyjnej przy pomocy noża wyciął, a następnie kość, gdzie się dało, okrwawił. Miało to miejsce w listopadzie 1899 roku; w lutym 1900 roku chora opuściła klinikę zupełnie zdrowa. Jama cała zarosła. Chora dotąd ma się zupełnie dobrze. Nawrotu nie było, gdyż nie miał gdzie powstać. Druga chora, operowana w klinice chir. 6 tygodni temu, leczona w ten sam sposób. Jama też zupełnie zarosła, tylko na powierzchni jeszcze ziarnina nie zamieniła się na tkankę łączną stałą. Sposób dotychczasowego leczenia pooperacyjnego kol. Zalewski uważa za błędny, »bo niezrozumiałem jest wprost«, dlaczego ma pozostawać jama pooperacyjna. Zwykły los dotychczas operowanych jest ten, że co jakiś czas jest nawrót „cieknięcia" z jamy, które nie jest rzeczą obojętną, a może nawet przyprawić chorego o utratę życia. Jedynie racyonalnem zdaje mu się być leczenie, jakie przeprowadził w tych dwóch przypadkach, t. j. pozwolić jamie pooperacyjnej zarosnąć. Jeżeli myśl ta znajdzie potwierdzenie w dalszych przypadkach, to niewątpliwie wstąpi się w nowy okres leczenia pooperacyjnego po attykoantrotomii i w nowy okres rozwoju tej operacyi.

Dr. Barącz uważa myśl za szczęśliwą; obawia się tylko upośledzenia słuchu po zarośnięciu jamy. Prócz tego zaznacza, że zdaje mu się, iż jakiś Anglik proponował kiedyś to samo postępowanie.

Kol. Zalewski odpowiada, że obawy upośledzenia słuchu nie ma, bo okolica *fenestrae ovalis i rotundae* może pozostać niezarośniętą przez tamponowanie silniejsze. Co do drugiego punktu, to kol. Z. przejrzał dokładnie specyalną literaturę i wzmianki podobnej nigdzie nie znalazł.

VI. Kol. Krzyszkowski, omówiwszy pokrótce powstawanie „tumoru Grawitza" i okazawszy parę okazów wpryśniętych w nerkę ognisk nadnercza (struma suprarenalis aberrata), demonstruje szereg następujących preparatów:

A) Lipoma coeci submucosum. Preparat pochodzi z mężczyzny, lat 42 liczącego; przedstawia się jako guz ruchomy, wielkości jaja gęsiego; na powierzchni strzępy zmartwiałej błony śluzowej, na przekroju typowa tkanka tłuszczowa i parę ognisk wybroczynowych. Guz ten stał się powodem niedrożności; operowano, podejrzywając wgłębienie; w czasie operacyi uważano guz za raka, wobec czego wyłuszczenia zaniechano; śmierć nastąpiła wskutek zapalenia otrzewnej.

B) Carcinoma colonis ascendentis. Preparat pochodzi z kobiety, l. 30 liczącej. Nowotwór wywołał znacznego stopnia pierścieniowate zwężenie światła w kolosalnie rozszerzonej kiszce ślepej; wśród obfitych mas kałowych znajdowało się kilkanaście pestek ze śliwek. Najbliższe i dalsze gruczoły nie zajęte; mikroskopowo „Adenocarcinoma scirrhosum". Chora zmarła na zapalenie ropne otrzewnej wskutek przebicia i zgorzeli wyrostka robaczkowego. (Kliniczne rozp. *Exsudatum parametriticum*).

C) Carcinoma pancreatis. Preparat pochodzi z kobiety, l. 66 liczącej. Zajmuje trzon, głowa i ogon trzustki wolne. Mikroskopowo stwierdzić można wyjście z przewodu; część przewodu położona przed zwężeniem znacznie rozszerzona; przerzuty w gruczołach otoczenia i w wątrobie. Klinicznie rozpoznawano gruźlicę otrzewnej; śmierć nastąpiła wskutek ropnego zapalenia otrzewnej, punkt wyjścia, ropienie w nowotworze, wywołane przez „bacterium coli".

D) Endothelioma pleurae diffusum. (Dwa analogiczne okazy). 1. Jeden pochodzi z mężczyzny l. 44 liczącego Nowotwór w kształcie grubego pancerza obrasta oba płuca i zajmuje też opłucne ścienne. Blaszki worka opłucnowego lewego zrosłe, w jamie opłucnowej prawej znachodziła się znaczna ilość krwawej cieczy wypocinowej. Przerzuty w miąższu obu płuc, w gruczołach pachwinowych strony lewej i znacznej wielkości przerzut, żłobiący kości miednicze lewej strony.

2. Drugi okaz pochodzi z mężczyzny, l. 73 liczącego. Nowotwór w kształcie pancerza obrasta całe płuco lewe, obie blaszki opłucnej z sobą nowotworowo zrosłe. Przerzuty w miąższu tegoż płuca, w gruczołach wnękowych płuc, w gruczołach nadobojczykowych i pachowych strony lewej, w mięśniu sercowym i w wątrobie.

Obrazy mikroskopowe obu przypadków identyczne, okazują budowę siatkowatą (alweolarną) nowotworu.

W dyskusyi zabierali głos: Kadyj, Gluziński A., Obtułowicz, Szulisławski i demonstrujący.

Dr. J. Krzyszkowski
sekretarz.

VII. Zdrojowiska lecznicze północnego Kaukazu.

podał

Dr. Witołd Eugeniusz Orłowski.

Rosya niemniej od innych państw europejskich jest wyposażoną w miejscowości lecznicze, w których głównymi czynnikami są siły przyrody, mianowicie woda i powietrze. Nie mija dziesiątka lat, żeby na przestrzeni tego obszernego, a mało zbadanego państwa nie wykryto gdziekolwiek źródeł mineralnych, lub miejscowości, posiadającej warunki stacyi klimatycznej. Przeważna część jednak tych zakładów kąpielowych i klimatycznych jest tak mało urządzona, że publiczność nie znajduje tu nawet takich elementarnych i niezbędnych dogodności, jak np. ułatwiona komunikacya, znośne mieszkanie, środki spożywcze, jakakolwiek rozrywka i t. d. Tylko bardzo nieznaczna liczba zakładów czyni jako-tako zadość podobnym wymaganiom.

Jedno z pierwszych miejsc pod tym względem zajmują zdrojowiska północnego Kaukazu: Pjatigorsk, Essentuki, Kisłowodsk i Żeleznowodsk.

Są one położone w tak zwanej Terskiej obłasti, w niewielkiej od siebie odległości, a od 1893 r. są między sobą, a również i z resztą Rosyi połączone za pomocą kolei żelaznej. Wody te nabierają z każdym rokiem coraz więcej rozgłosu i już dziś stanowią cenne bogactwo państwa. Frekwencya leczących się w tych zdrojowiskach wynosiła w r. 1895 — 8200 osób, w 1896 — 8679, w 1897 — 9481, w 1898 — 10,679, w 1899 — 12,996, w 1900 — ponad 15,000. Z biegiem czasu, po zastosowaniu niezbędnych urządzeń i ulepszeń, kaukazkie wody mineralne będą niezawodnie współzawodniczyć z zdrojowiskami zagranicznemi. Spędzając od lat 6 porę letnią w Essentukach, zamierzyłem zapoznać w zarysie ogólnym polskie piśmiennictwo lekarskie z obecnym stanem zdrojowisk kaukazkich. Już bowiem obecnie, wskutek znacznie zwiększonej frekwencyi, nieraz dają się słyszeć głosy w klienteli polskiej o odbytem w któremkolwiek z tych zdrojowisk leczeniu, lub o zastósowaniu tych wód w domu. Przeto poznanie kaukazkich wód i zakładów zdrojowych jest w obecnym czasie poniekąd niezbędne i dla lekarzy polskich.

Najwięcej uczęszczanym z wymienionych zdrojowisk jest Pjatigorsk. Leży on na lewym brzegu potoku Podkumok, u stóp góry Maszuki (993 m. nad poz. morza), pod $44^0 3'$ szer. północnej i $60^0 44'$ dług. wschodniej, wznosząc się nad poziom morza na 510 metrów. Pomimo, że Piatigorsk znajduje się na tej samej szerokości, co i Genua, jednak klimat tutaj jest cokolwiek surowszy; wpływa na to wysokość położenia i blizkie sąsiedztwo gór kaukazkich. Średnia ciepłota powietrza w czerwcu wynosi $18,5^0$ C., w lipcu —

20,6°, w sierpniu — 21,5°, we wrześniu — 15,6°; największa różnica w miesiącach letnich między ciepłotą ranną i wieczorną nie przekracza 3° C. Średnie ciśnienie atmosferyczne wynosi 714,9—719,6 mm. Panujące tu wiatry są wschodnie i zachodnie; ostatni najczęściej przynosi deszcze. Najobfitsze opady przypadają na wiosnę. Ilość opadu atmosferycznego stosunkowo niewielka; średnia wilgotność względna — 80%.

Do środków balneo-terapeutycznych Pjatigorska należy szereg źródeł siarczanych, używanych wyłącznie do kąpieli. Skład ich chemiczny najwięcej jest zbliżony do źródeł Akwisgrańskich i Pirenejskich, a pod względem jakościowym przedstawia się jednakowo dla wszystkich źródeł, z wyjątkiem wolnego siarkowodoru, którego ilość niejednaka.

Ciepłota źródeł Pjatigorskich nie jest również jednaka; rozróżniamy tu źródła siarczane letnie i gorące.

Prócz wód siarczanych, Pjatigorsk posiada jeszcze cieplice obojętne (akrotermy), oraz kąpiele błotne, dla których zarząd sprowadza błoto z jeziora Tambukańskiego, odległego o 10 kilometrów od Pjatigorska. Ciepłota tych kąpieli błotnych bywa rozmaita od 37½ do 40° C.; zwykle na jedną wannę bierze się od 5 do 12 wiader błota. Z wody jeziora Tambukańskiego wyrabiają tu przez parowanie ług mineralny, który służy dla wzmocnienia mineralizacyi kąpieli piatigorskich. W r. 1900 otwarto tu rządową wodolecznicę, urządzono według najnowszych wymagań nauki. W obecnej chwili w ciągu 10 godzin wydaje się dziennie w Pjatigorsku przeszło 2000 kąpieli. W r. 1898 wydano wanien 136174, w 1899 — 143241.

Wody piatigorskie są skuteczne w pewnych okresach kiły, w przewlekłych cierpieniach stawów, w zołzach i niektórych cierpieniach skóry (łuszczyca, świerzbiączka, liszaj i t. d.).

Sezon trwa od 1 maja do 15 września. Frekwencya chorych w r. 1899 wynosiła osób 6,207, w 1900 — do 7000.

W 15-kilometrowej odległości od Pjatigorska leżą Essentuki. Jest to tak zwana stanica, położona pod 44° 22′ 5″ szer. północnej i 60° 31′ 10″ dług. wschodniej, na wysokości 603 m. nad poziomem morza, na pochyłości Alkalicznej góry. Okolica ta ma cechy miejscowości stepowej. Pyszny park, prawdziwa ozdoba Essentuków, jest całkowicie dziełem rąk ludzkich; naokoło step i tylko na oddalonym widnokręgu wznosi się śnieżny Elborus, a bliżej w stronę Piatigorska, Maszuka i Besztan. Klimat Essentuków jest umiarkowany. Średnia ciepłota w maju wynosi + 15,12°, w czerwcu 19°, w lipcu 19,4° i w sierpniu 19,8° C.; znacznych wahań ciepłoty tu nie bywa. Średnie ciśnienie atmosferyczne 697—719,2 mm. Wilgotność względna, latem najmniejsza, wynosi 77%. Ilość opadów atmosferycznych jest nieznaczna; najobficiej deszcze padają w maju i w początku czerwca; w ciągu zaś największego zjazdu chorych (od 10 czerwca do 1 sierpnia) dnie dżdżyste zdarzają się rzadko. U stóp Alkalicznej góry płynie potok Podkumok, który nadaje sąsiedniej części Essentuków cechę okolicy błotnistej. Nic więc dziwnego, że w tej części ciągle panuje zimnica, wyróżniająca się wielką uporczywością.

Essentuki posiadają źródła dwojakiego rodzaju: słono-alkaliczne i siarczano-alkaliczne. Pierwsze służą do wewnętrznego i zewnętrznego użycia, drugie tylko do kąpieli. Ze źródeł słono-alkalicznych najczęściej bywają używane N. 17, N. 4 i N. 18. Główne ich części składowe są następujące:

W jednym litrze:

Źródło	Dwuwęglan sodowy	Chlorek sodowy	Dwuwęglan tlenku żelaza	Ciepłota
N. 17	4,38734 g.	3,71754 g.	0,00387 g.	10,6° C.
N. 4	3,2065 „	2,57431 „	0,0079 „	11,25° C.
N. 18	4,76798 „	3,80145 „	0,01648 „	13,75° C.

Zdrój N. 17, któremu Essentuki zawdzięczają swoją sławę, został w r. 1897 podzielony na dwie części: zachodnią i wschodnią. Druga część różni się od pierwszej większą zawartością siarkanów, wapnia i magnezyi, wskutek czego znajduje większe zastósowanie w cierpieniach, wikłających się z zaparciem stolca. Do kąpieli używają się zdroje N. N. 20 i 26. Woda N. 20 jest bardzo słabo mineralizowana i używa się do wanien słono-alkalicznych. Dla wzmocnienia mineralizacyi tych kąpieli dodaje się ług mineralny, wyrabiany, jak wspomnieliśmy, z wody jeziora Tambukańskiego; w niektórych zaś przypadkach bywa dodawany wyciąg igliwiowy. Woda siarczano-alkalicznego źródła N. 26, zwanego Gaaz-Ponomarewskiem, jest przeprowadzona do gmachu Mikołajewskich łazienek siarczanych, wybudowanego w r. 1898 według wszelkich wymagań dzisiejszej nauki, oraz do gmachu starego. W tych łazienkach siarczanych znajdują się również i kąpiele błotne. Wanien do kąpieli słono-alkalicznych jest 14, siarczano-alkalicznych 28, błotnych 18; zatem dziennie może zakład dać kąpieli słono-alkalicznych 280, siarczano-alkalicznych 560, błotnych 180. W r. 1898 wydano kąpieli 41,688, w 1899 — 54,227. Wszystkie wymienione zdroje i zakłady znajdują się w parku. Tuż przy nim mieści się prywatna wodolecznica dr. Desnickiego.

Skuteczność wód w Essentukach stwierdzono w 1) nieżytach błon śluzowych żołądka, jelit, miedniczek nerkowych, pęcherza moczowego, oskrzeli i t. d.; 2) w przekrwieniu wątroby, żółtaczce, kamicy żółciowej, kamieniach nerkowych; 3) w wadliwej przemianie materyi, jak moczówka cukrowa, dna, otyłość; 4) w różnych postaciach niedokrewności; 5) w przewlekłych cierpieniach narządów płciowych kobiecych.

Sezon trwa od 14 maja do 1 września. Frekwencya chorych w r. 1899 wynosiła osób 2878, w r. 1900 — przeszło 3000. (Dok. nast.).

VIII. Medycyna na wystawie światowej w Paryżu 1900.

IV.

Wystawa paryzka ma jedną wielką wadę w swem urządzeniu, że organizatorowie wcale nie starali się uczynić jej przejrzystą i łatwą do zoryentowania się. Tak jest przynajmniej z wystawą przedmiotów, należących do zakresu medycyny. Poprzyczepiane do rozmaitych i nader różnorodnych pawilonów, najczęściej zagłuszone jakiemiś bijącemi w oczy wspaniałościami, okazy z zakresu medycyny z trudnością tylko dają się odszukać; a niemożność zestawienia jednoczesnego wytworów różnych krajów i szkół, wprost odejmuje lekarzowi wszelką możność wyrobienia sobie osobistego zdania w tym zgiełku i jarmarcznym chaosie.. Czy w istocie nauka nie zasłużyła sobie na własny kąt, w którym można było skupić myśli i nastroić umysł do jednolitego a poważnego zastanowienia?

Może jeszcze najwięcej poświęcono uwagi wystawie mikrobiologicznej. Znajduje się ona na pierwszem piętrze pawilonu higieny, w salonie Pasteura i zawiera okazy drobnoustrojów, poznane w epoce minionej i obecnej. Salon przedstawia się w kształcie rotundy, w środku której umieszczono narzędzia i przyrządy, które służyły Pasteurowi do pierwszych odkryć w dziedzinie bakteryologii. Według tych przyrządów można śledzić kolejno dzieje wiekopomnych odkryć Pasteura, od epoki, w której mistrz ten nie posiadał nad jeden stary mikroskop, aż do chwili, w której stworzył liczne i najsubtelniejsze metody badania, przy pomocy których odkrył nowe światy. W kierunkach odśrodkowych, po bokach są wystawione modele Instytutu Pasteura i Instytutu w Lille oraz liczne okazy hodowli bakteryjnych.

Niemiecki urząd zdrowia urządził swą wystawę w izbie,

przylegającej do salonu Pasteura. Wielkich rozmiarów model daje dokładne wyobrażenie o wewnętrznem urządzeniu licznych pracowni i ubikacyi do nich przynależnych, sali maszyn, izby do odkażań, sali przeznaczonej dla mikrobiologii rolniczej itd. Dalej idą wykazy statystyczne, oznaczone rozlicznemi barwami, nagromadzone przez biuro higieniczne urzędu zdrowia. Salę te zdobią popiersia Pettenkoffera i Kocha.

Po stronie lewej przedsionka, prowadzącego do salonu Pasteura, znajduje się wystawa administracyi higienicznej królestwa włoskiego: rozwieszono tu liczne tablice statystyczne, dotyczące obszarów nawiedzonych przez zakażenie zimicze. Dalej idą wykazy z Instytutu leczenia surowicami w Medyolanie, oraz kartony, na których akwarelowo przedstawione są sanatorya we Włoszech.

Wystawa mikrobiologiczna szwajcarska zajmuje małą przestrzeń obok włoskiej; na uwagę zasługują statystyczne wykazy śmiertelności z chorób zakaźnych.

Naprzeciw lokalu wystawy włoskiej znajduje się austryacka; tu widzimy Eschericha wystawę drobnoustrojów, znajdowanych przez tego badacza w jelitach osesków, chorych na cierpienia przewodu pokarmowego; dalej idą pouczające tablice, wystawione przez wiedeński Instytut leczenia surowicami, na których przedstawiony jest objaw aglutynacyi w serodyagnostyce duru brzusznego.

Anglia wystawiła olbrzymie tablice statystyczne, wykazujące chorobliwość i śmiertelność wśród mieszkańców tego kraju; tu uderza znaczny wzrost śmiertelności z raka w ostatniem dziesięcioleciu.

W sąsiedztwie z Anglią wystawiła Francya diagramy i obrazy graficzne, mające przedstawić śmiertelność i chorobliwość śród francuzów. W pawilonie miasta Paryża znajduje się pokaźna liczba preparatów drobnowidowych, pochodzących z pracowni dra Miquela i zarządu weterynaryi; szczególnie liczne tu są okazy przyrządów i narzędzi, należące do zakresu bakteryologii. W Trocadero, mianowicie w pawilonie Tunisu, spotykamy nader zajmujące fotografie i liczne broszury, odnoszące się do Instytutu Pasteura w Tunisie; w pawilonie senegalskim są również wartościowe okazy z pracowni mikrobiologicznej w Saint-Luis.

Właściwie najpoważniejsze zbiory z zakresu mikrobiologii znajdują się na polu Marsowem: Anglia, Belgia, Francya, Rosya, a zwłaszcza Germania, wystawiły tu bogaty zbiór przyrządów, narzędzi i okazów bakteryologicznych. Drowic Pehl z Petersburga, Rohrbeck i Zetnow z Berlina przedstawili liczne przedmioty, służące do mikrografii. Najobfitszą kolekcyę, bo zupełną pracownię dla badań bakteryologicznych wystawiła berlińska firma Lautenschlägera. Obok tej stałej, wystawiła ta firma pracownię przenośną, że się tak wyrazimy, podróżną. Wszystkie przyrządy i narzędzia Lautenschlägera nadają się do nadzwyczaj łatwego odkażania; przyrządy zrobione są wyłącznie ze szkła i metalu nieśniedziejącego. Stół w pracowni składa się z szlifowanej szyby szkła, opartej na metalowych nóżkach; wielkie słoje szklane osobnej konstrukcyi służą do przechowywania zwierząt, zaszczepionych silnie jadowitemi istotami, np. zarazkiem moru. Pracownia „podróżna“ została wykonaną podług wskazówek Kirchnera i Pfeiffera; zawiera ona wszystkie niezbędne narzędzia do badań bakteryologicznych; jedna z takich przenośnych pracowni była użyta przez komisyę niemiecką w Porto podczas panowania tam moru.

G r u ź l i c a zajęła poważne miejsce na wystawie mikrobiologicznej; u wejścia do salonu Pasteura wpadają w oko nader licznie nagromadzone hodowle prątka gruźliczego; bliższe i szczegółowe wejrzenie poucza o różnicy, zachodzącej między gruźlicą ludzką, a ptasią; są tu okazy gruźlicy wrzekomej i hodowle promienicy. Co do promienicy, to najwięcej zajmujących okazów nagromadzono w dziale weterynaryi, umieszczonym w pawilonie miasta Paryża; w tymże pawilonie znajdują się wykazy statystyczne śmiertelności z gruźlicy we Francyi. W jednej z ubikacyi, należących do salonu Pasteura, wystawione są kartogramy niemieckiego Urzędu zdrowia, odnoszące się do gruźlicy i głównych chorób narządu oddechania w Niemczech od r. 1894 do 1899. W pałacu na Polu Marsowem znajduje się bogata wystawa Behringa; są tu nader pouczające preparaty toksyn gruźliczych (tuberkulina, tłuszcze z bakteryi gruźliczych, tuberkulosamina itd.)

Okazy, odnoszące się do b ł o n i c y, znajdują się w tych samych pawilonach, co i gruźlica. Statystykę błonicy różnych krajów spotykamy w pawilonie higieny, oraz w pawilonie miasta Paryża itd.; toksyny i antytoksyny błonicze stanowią poważną część okazów Behringa, wystawionych w pawilonie na Polu Marsowem.

Z i m n i c a stanowi na Wystawie zajmujące i zupełne studyum; tablice ścienne wystawione przez Włochy przedstawiają linie krzywe ciepłoty w rozmaitych postaciach zimnicy napadowej; liniom krzywym towarzysza badania krwi w kierunku plasmodyjów Laverena. Mikrofotogramy dają należyte wyobrażenie o przeobrażeniach pasorzyta w napadach zimnicy trzeciaczki, czwartaczki — w myśl badań Golgiego. Rysunki fotograficzne przedstawiają owady, pośredniczące w roznoszeniu zakażenia zimniczego: *anopheles pseudopictus*, *superpictus*, *claviger et bifurcatus*, oraz rozmaite inne gatunki komara. W pawilonie na Polu Marsowem wystawił na mikrofotogramach prof. R. Pfeiffer z Królewca zbiór pasorzytów zimniczych krwi; są tu okazy pasorzytów krwi małp, gołębi, wróbli itd. w rozmaitych okresach ich przeobrażeń.

Oprócz okazów ściśle leczniczych, znajdujemy w pałacu higieny i na Polu Marsowem kolekcye mikrobiologiczne w zastosowaniu do przemysłu i rolnictwa; dział ten w wysokim stopniu zajmujący i zdawałoby się mogący w przyszłości zmienić warunki ekonomiczne bytu naszego, musimy ze względu na cel naszych sprawozdań w całości opuścić.

Dr. A. Kwaśnicki.

IX. XIII międzynarodowy kongres lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

S e k c y a p s y c h i a t r y c z n a.

Zestawił Dr. B. Kupczyk.

(Dokończenie).

O t r w a ł e m t r z y m a n i u w ł ó ż k u (l e c z e n i u s p o c z y n k o w e m), j a k o s p o s o b i e l e c z e n i a o s t r y c h p o s t a c i o b ł ę d u.

K o r s a k o w (Moskwa). 1. W sprawie leczenia chorób umysłowych zapomocą trwałego spoczynku w łóżku należy rozróżniać system trzymania chorych w łóżku, jako sposób wewnętrznego urządzenia zakładów, od użycia łóżka, jako sposobu leczniczego.

2. Zasady tego sposobu leczenia są następujące: *a)* użycie łóżka jest istotną częścią tego sposobu leczenia; *b)* spoczynek w łóżku powinien być osiągnięty nie siłą, lecz za pomocą wpływu moralnego i przez poddawcze działanie otoczenia; *c)* dla osiągnięcia celu konieczną jest szczególna organizacya dozoru, którego zadaniem byłoby pielęgnować chorych, śledzić i spostrzegać objawy cielesne i duchowe choroby. Zasadnicza niechęć do posługiwania się celkami nie jest głównym warunkiem systemu, o którym mowa, lecz przyczynia się znacznie do jego rozwoju; z drugiej strony rzadsze używanie cel jest jednem z pierwszych dobrodziejstw leczenia spoczynkowego.

3. Dokładne, szczegółowe uregulowanie czasu pobytu w łóżku, przechadzek i zajęć po za łóżkiem stanowi zasadniczą podstawę tego leczenia.

4. Użycie wspólnych sal ułatwia znakomicie należytą organizacyę sposobu leczenia spoczynkowego, choć nieraz zachodzi także konieczność zastosowania go w pokojach odosobnionych. Należy jednak zaznaczyć z naciskiem, że przymusowe trzymanie w łóżku nie jest właściwością tego systemu.

5. Leczenie spoczynkowe przynosi następujące korzyści: większy porządek w zakładzie (zwłaszcza tyczy się to zakładów zamkniętych), ułatwienie w pielęgnowaniu chorych i w spostrzeganiu klinicznem, ograniczone użycie odosobnionych oddziałów; system

leczenia spoczynkowego może zupełnie usunąć potrzebę więzienia chorych w celach. Choroby, okazujące stany podniecenia, mają łagodniejszy przebieg, prócz tego zmniejszyła się śmiertelność niektórych ciężkich, ostrych postaci obłąkania.

6. W czasie leczenia spoczynkowego nie należy zaniedbywać innych sposobów, korzystnie działających, jak: wpływu moralnego, udzielania chorym swobody, zajmowania ich pracą. Szczęśliwe połączenie tych sposobów jest możliwe.

7. Wskazania dla bezwzględnego spoczynku nie są jeszcze dostatecznie określone. Celem uzyskania wskazań, opartych na podstawie naukowej, trzeba nietylko ilościowo powiększyć badania, lecz także rozszerzyć ich zakres. Na zbadanie zasługuje wpływ spoczynku i bezczynności na skład krwi, na wydzielanie toksyn z ustroju, na czynności duchowe, szczególnie na zdolność przyjmowania wrażeń *(aperception active)*.

8. Główne wskazanie dla leczenia spoczynkowego stanowią stany podniecenia; długi, w ścisły sposób zastosowany spoczynek w łóżku jest przeciwwskazany u chorych o opieszałym umyśle, skłonnych do apatyi, niedokrewności i samogwałtu.

9. Trzymanie w łóżku winno być stosowane w sposób rozmaity, zależnie od osobniczych wskazań, we wszystkich prawie psychozach o ostrym przebiegu, zwłaszcza w początkowym okresie choroby. Korzystne działanie objawia się szczególnie w szaleństwie (manii), w obłędzie (delirium) opilczym, w wielu postaciach pomięszania umysłu i zadumie. Oczywiście, że leczenie spoczynkowe znajdzie zastosowanie we wszystkich tych przypadkach, gdzie z chorobą umysłową łączy się choroba zakaźna, wysoka gorączka, lub ogólne wyczerpanie sił.

Neisser (Leubus). 1. Ogólną jest zasadą, że dla wszystkich osobników, których zachowanie się i stan okazują podniecenie, nieporządek, albo tylko dziwaczność wyższego stopnia, jak n. p. w szaleństwie, zadumie, pomięszaniu ogólnem (paranoia), w omamach, padaczce, porażeniu postępowem, otępieniu — najlepszym sposobem leczenia jest trzymanie chorego w łóżku. Oczywiście lekarz pozwoli choremu, jeżeli mu się wydaje stosowne, opuścić łóżko i brać udział w pracy, rozrywce, przechadzce i wspólnej uczcie; jednak co powinno być bezwarunkowo wzbronionem, to bezmyślne zatrzymywanie się chorych, włóczenie i bezcelowe zgromadzanie się w korytarzach i wspólnych salach.

2. Chorego umieszcza się w łóżku zaraz po przybyciu lub raczej po kąpieli, jako pierwszym zabiegu leczniczym. Jak niedozownem jest, ażeby pierwsze badanie lekarskie odbyło się, kiedy chory znajduje się już w łóżku, tak wszelkie szczegółowe zlecenia, dotyczące umieszczenia chorego w łóżku, są zbyteczne. Innemi słowy, w zakładzie powinno być ustalone mniemanie, że spoczynek w łóżku jest metodą leczniczą, która rozumie się sama przez się i nie wolno jej przerywać na pewien czas, ani stale, z wyjątkiem szczególnych przypadków, oznaczonych przez zarządzenie lekarskie.

3. Leczenie spoczynkowe ułatwia dozór i pielęgnowanie chorych, które w pewnych przypadkach są prawie niemożliwe bez zastosowania łóżka; z tego powodu użycie go może być wskazanem także dla chorych niezdolnych do poddania się zabiegom leczniczym.

4. Leczenie spoczynkowe nie jest sposobem swoistym, lecz tylko zabiegiem leczniczym, który powinien być stosowany do przypadku i osobnika. Nie jest także nowym sposobem (jak tego uczy historya psychiatryi) i z natury rzeczy nim być nie może. Odpowiada ono tylko jednemu wskazaniu leczniczemu, t. j. spoczynkowi mózgu; należy je zatem stosować we wszystkich przypadkach, gdzie trzeba przeciwdziałać objawom podniecenia.

5. Trzeba zwracać baczną uwagę na stan umysłowy chorych, rozmieszczając ich bądź w wspólnych salach, bądź w pokojach odosobnionych, przy drzwiach otwartych, czy zamkniętych, lecz pod ciągłym dozorem. Jak najdokładniejsze indywidualizowanie jest koniecznym warunkiem rozumnego stosowania tego środka.

6. Jak długo trwa stan ostry choroby, zasadą leczenia jest spoczynek fizyczny, t. zn. spoczynek chorego narządu; z drugiej strony, gdy ostre objawy zaczynają ustępować bez skłonności do uzdrowienia, leczenie powinno zachować i pobudzić do czynności resztki duchowej osobowości, dając choremu stosowne zajęcie. Trudno jest oznaczyć tę chwilę; jeżeli się nie zwróci na nią uwagi, chory przyzwyczaja się łatwo do łóżka, co przejść może w manię, szkodliwą dla jego stanu cielesnego i duchowego, trudną do zwalczenia. Dlatego trzeba czasem polecić już w czasie ostrego okresu połączenie leczenia spoczynkowego z pracą i ruchami na wolnem powietrzu, co zresztą daje się wykonać w rozmaity sposób (zajęcie w łóżku, kolejne następstwo spoczynku i pracy lub przechadzek, system mięszany w Tuluzie). Należy zaznaczyć, że w większości chorób umysłowych wieku młodzieńczego leczenie spoczynkowe nie powinno trwać zbyt długo.

7. Leczenie spoczynkowe nie wymaga większych przebudówek i daje się łatwo przeprowadzić w starych zakładach. Mowca stawia szereg żądań, tyczących się budowy i urządzeń zakładów dla umysłowo chorych. Przedewszystkiem należy stanowczo usunąć oddziały zawierające tylko odosobnione cele. Pożądanem jest natomiast posiadanie jak największej liczby oddziałów niezbyt wielkich. Każdy oddział powinien obejmować 3 lub 4 pokoje, różnej wielkości, dla chorych leczonych wspólnie sposobem spoczynkowym, pokój bawialny i dwa lub trzy pokoje odosobnione. Rozdział pokojów powinien być uskuteczniony w ten sposób, ażeby mała liczba służby mogła wykonywać dostateczny dozór; każdy oddział powinien posiadać przynajmniej dwóch służących i łazienki. Na 100, najwyżej 200 chorych, powinien przypadać jeden lekarz nawet wtedy, gdy chorzy nie zmieniają się często. Leczenie spoczynkowe nie wymaga powiększenia liczby dozorców, jeżeli czas służby jest skrócony i zmiana częściej się odbywa. Jest zrozumiałem, że zmęczenie łatwiej występuje przy rzeczywistem opiekowaniu się chorymi, niż przy dozorowaniu ludzi, zamkniętych w celach lub skrępowanych. Wreszcie służba powinna bezpośrednio podlegać lekarzowi.

Morel (Mons). 1. Każdego umysłowo chorego, oddanego do zakładu, należy umieścić w oddziale obserwacyjnym, celem zbadania jego stanu cielesnego i duchowego. Ażeby badanie mogło odbyć się dokładnie, lekarz powinien posiadać wszystkie środki, służące do tego celu, według ostatnich postępów wiedzy.

2. Leczenie spoczynkowe będzie stosowane: *a)* w przebiegu psychoz ostrych lub przewlekłych, okazujących przejściowe stany podniecenia lub pognębienia; *b)* u chorych, okazujących zaburzenia w ogólnem odżywieniu; *c)* u chorych, nie umiejących się zachowywać według prawideł codziennego życia, oddających kał pod siebie, nie przyjmujących pokarmu, okazujących skłonność do samobójstwa, niszczenia i t. d.; *d)* u chorych, dotkniętych poważną chorobą cielesną.

3. Dla osiągnięcia pożądanych wyników koniecznem jest: *a)* aby zakład posiadał ciało lekarskie, odpowiednie pod względem liczby do wymaganych czynności; *b)* aby lekarze mieszkali w zakładzie, żeby każdy z nich miał czynne i samodzielne stanowisko w spostrzeganiu i leczeniu chorych; *c)* aby nie posługiwano się żadnym środkiem przymusowym, oprócz przypadków bardzo rzadkich i wyjątkowych; *d)* aby lekarze zakładowi zajmowali się zawodowem wykształceniem służby, która ma się składać z ludzi, dających dostateczną rękojmię pod względem wiadomości zawodowych i obyczajności, wynagradzanych dostatecznie, z emeryturą po pewnej liczbie lat; *e)* mieszkania i urządzenia mają odpowiadać pod względem wygody wszystkim wymaganiom chorych i personalu służbowego.

Doutrebente czyni uwagę, że trzeba być ostrożnym w wyborze chorych. W porażeniu postępowem i przedwczesnem otępieniu mowca otrzymał złe wyniki, natomiast szaleństwo i zaduma dały lepsze wyniki.

Tschisch. Dzięki leczeniu spoczynkowemu widok zakładu się poprawił, lecz czas trwania chorób umysłowych nie uległ skróceniu.

Magnan. Spostrzeżenia, które mowca uczynił, dowodzą, że ten sposób leczenia przynosi chorym wielką korzyść. Szaleństwo ostre zamienia się rychło w postać podostrą dzięki temu leczeniu, nadto przebieg jego znacznie się skraca.

Mairet i Ardin-Delteil opierają swe doświadczenie na 90 przypadkach i oświadczają: 1. W obłąkaniu przewlekłem leczenie spoczynkowe nie wywiera pożytecznego wpływu na chorobę, na podniecenie i na przygnębienie.

2. W świeżych przypadkach obłąkania, głównie w szaleństwie i w psychozach, występujących w następstwie chorób zakaźnych, zdaje się wywierać pewien wpływ korzystny w tem znaczeniu, że skraca czas trwania choroby.

X. **Wiadomości bieżące.**

Kraków 20 października 1900.

* Otrzymujemy następujące pismo:

»Komitet budowy sanatoryum ludowego dla dotkniętych gruźlicą po zatwierdzeniu przez c. k. namiestnictwo statutów stowarzyszenia, pełniąc, stosownie do postanowienia przejściowego statutu, obowiązki wydziału Tow. aż do czasu pierwszego walnego zebrania, przyjmuje zgłoszenia na członków na ręce p. Dra Janiszewskiego w Zakopanem.

Statuty Stowarzyszenia znajdują się we wszystkich Redakcyach pism.«

»Wyciąg ze statutu: § 8. Członkiem zwyczajnym będą osoby lub instytucye, które uiszczać będą wkładkę roczną w kwocie conajmniej 20 koron. § 6. Członkiem założycielem będzie każda osoba lub instytucya, która złoży na cele Stowarzyszenia jednorazowo conajmniej tysiąc koron, lub też w ratach półrocznych uiszczać będzie po dwieście koron. Wysokość wkładek zadecyduje ostatecznie walne zgromadzenie.«

»Pierwsze walne zgromadzenie Towarzystwa odbędzie się we Lwowie w końcu listopada lub na początku grudnia, o czem komitet zawiadomi w pismach.

Upraszamy wszystkie Szanowne Redakcye o łaskawe powtórzenie tej wiadomości.«

Komitet: c. k. starosta *Rudzki*, prezes sądu *Łobos*, kanonik *ks. Kaszelewski*, c. k. lekarz powiatowy *Dr. Bednarski*, nadinżynier *Weszeteczko*, inspektor podatkowy *Drozd*, *M. Struszkiewicz* rejent, *Dr. W. Tyszkiewicz*, *D. Bek*, *Dr. K. Beaurain*, c. k. komisarz rządu *Piątkiewicz*, *Dr. T. Janiszewski*.

* Dowiadujemy się, że wykończenie budowy krakowskiej kliniki lekarskiej opóźniło się z powodu niemożności dostarczenia na czas wszystkich przyrządów, dotyczących oświetlenia elektrycznego, rozprowadzenia rur gazowych, jak niemniej dopływów wody zimnej i ciepłej. Roboty postępują z dniem każdym; pomimo to nowa klinika chorób wewnętrznych otwartą będzie prawdopodobnie dopiero z końcem listopada. Aż do otwarcia nowej kliniki wykłady kliniczne odbywają się w starej klinice na materyale ambulatoryjnym.

* W Nrze 40 »Tygodnika Rolniczego,« znajduje się rozprawa Dra A. Wróblewskiego p. t. »Śmietanka krakowska«; autor zakończa swą pracę słowami: »blizko połowa śmietanki krakowskiej winna podlegać zakwestyonowaniu.« Byłoby rzeczą pożądaną, ażeby nasze władze magistrackie zapoznały się z tą pracą, a to w celu pouczenia się, w jakim kierunku należy kontrolować produkty krakowskich mleczarni.

* W Nr. 42 „Medycyny« znajdujemy sprawozdanie Dra Szwajcera z ruchu chorych w warszawskim szpitalu miejskim św. Stanisława za miesiąc wrzesień. Ze sprawozdania tego dowiadujemy się że w ciągu jednego miesiąca września przybyło do rzeczonego szpitala chorych: na ospę 60 (przeważnie nieszczepieni), na różę 53, na dur brzuszny 18, na czerwonkę 16, na błonicę 11, na odrę 7, na dur osutkowy 3.

Jeśli się zważy, że to sprawozdanie dotyczy jednego tylko szpitala, to chociażbyśmy uwzględnili szczególną wyjątkowość tak licznych w miesiącu wrześniu chorób zakaźnych, pozbyć się nie możemy przekonania, że stan sanitarny stolicy Królestwa Polskiego jest opłakany; młode a energiczne Towarzystwo higieniczne ma tam bezbrzeżne pole działania.

* Wiec rakuzkich Izb lekarskich w tym roku nie odbędzie się. Kierownictwo powierzone będzie Izbie szlązkiej lub tyrolskiej (niemieckiej).

* Dnia 24 września b. r. zarządził minister oświaty, ażeby płaca asystentów przy katedrach austryackich Wydziałów lekarskich, wynosząca obecnie 1400 koron, w drugiem trzechleciu została podniesioną do wysokości 1700 kor., a w trzeciem do 2000 kor., a po dziewięciu latach służby do 2300 kor. Rozporządzenie to ma wejść w życie od d. 1 października 1901 r.; lata służby, odbyte przed tą datą mają być wliczone. Zarządzenie to odnosi się do lat służby, odbytej w jednym ciągu. Asystenci, którzy korzystają z mieszkania, stołu itd. w zakładzie uniwersyteckim, nie są objęci powyżej przytoczonem zarządzeniem p. ministra.

* Dnia 22 b. m. rozpoczęły się w Wiedniu kursa specyalne dla lekarzy, będących w służbie rządowej. Do korzystania z tych kursów wezwano 17 lekarzy, mianowicie po 2 z Czech, Niższej Austryi i Galicyi; po 1 z reszty krajów. Wykładać mają: Gruber, Weichselbaum, Daimer, Paltauf, Paul i Schacherl. Każdemu z lekarzy, słuchających tych kursów, zadany będzie do opracowania temat z medycyny publicznej. W program tego nauczania wchodzą wykłady, połączone z demonstracyą urządzeń sanitarnych w różnych zakładach przemysłowych. Kierownictwo tych kursów spoczywa w rękach szefa sekcyjnego Kusyego. Kursa podobne odbywać się mają co roku; a nie jest wykluczone, że i przy innych uniwersytetach zarządzone zostaną.

* Austryacki minister handlu zarządził, ażeby, w razie stwierdzenia przypadku moru, wszelkie doniesienia do władz, zażądania środków profilaktycznych itd., o ile odbywać się będą w drodze telegraficznej, wolne były od opłaty i to bez względu na to, od kogo pochodzą, czy od władz politycznych, organów publicznych, lekarzy lub osób prywatnych.

Hojność nie nadzwyczajna, skoro wiemy, że depesza (10 słów) kosztuje w Austryi 30 centów. Wolelibyśmy się dowiedzieć od rządu, gdzie się ma udać lekarz o potwierdzenie bakteryologiczne, jeśli mu się nadarzy przypadek podejrzany? oraz jeśli surowica przeciwmorowa jest w tej chwili najlepszym lekiem przeciw morowi, to gdzie jej w razie potrzeby dostać?

* Prof. R. Koch, który jak wiadomo bawi na dalekim Wschodzie dla badania zimnicy, przybył do Hongkong, zkąd zamierza powrócić do Berlina.

* Od trzech tygodni nie zaszedł żaden nowy przypadek moru w Glasgowie; w leczeniu pozostaje jeszcze osób 20. Sporadyczne przypadki nie przestają pojawiać się na okrętach i w przystaniach różnych krajów świata.

* Stowarzyszenie lekarzy szwedzkich w Sztokholmie ustanowiło złoty medal imienia Pasteura; medal ten co 10 lat przyznawać się będzie bakteryologowi i higieniście, który się najwięcej przyczyni do postępu tej gałęzi medycyny. W roku bieżącym przyznano ten medal prof. Pettenkoferowi; przedstawia się on artystycznie, waży 2500 na jednej jego stronie jest profil Pasteura, na drugiej francuzki napis: »A Louis Pasteur — la société médicale suédoise.«

Mianowania i odznaczenia. Dr. Reinke mian. został prof. nadz. w Rostoku; Dr. Samson Gemmel, profesorem medycyny w Glasgowie. Miejsce prof. Podwysockiego, który jak wiadomo przeniesiony został do Odessy, zajął Dr. Pawłowski. Doc. Sokołów mianowany został prof. patologii chirurgicznej w Charkowie Docenci peszteńscy: Koranyi (wewn. med.) i Grosz (okulistyki) mianow. profes. nadzwyczajnymi.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Sarell prof. chirurg. kliniki w Konstantynopolu. Dr. Rallis prof. nadzw. zmarł w Atenach. Dr. Leoncyusz Tomaszewski rodem z Kijowa zmarł w Petersburgu. licząc lat 68. W Krasnojarsku zmarł Dr. Eustachy Skórkowski, wygnaniec z r. 1863, żył lat 70, z tych blisko 40 na zesłaniu Dr. Komorowski zmarł we Francyi, w miejscowości Mondoubleau. Dr. Leopold Weitzblut zmarł w Warszawie, licząc lat 60.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich. W *Medycynie* Nr. 42: Sachsa F.: O niektórych ujemnych stronach intubacyi. Neugebauera F.: Jeszcze 10 przypadków pozostawienia przypadkowego w jamie brzusznej ciał obcych przy operacyi używanych. W *Gazecie lekarskiej* Nr. 42: Gabszewicza A.: Zapalenie ostre kości biodrowej. Wolframa Z.: Przypadek choroby Barlowa. Zawadzkiego St.: O płókaniach gardła. Dr. Nartowskiego M.: Wpływ jadów błoniczych na komórki nerwowe, zmiany i regeneracya tychże pod wpływem surowicy przeciwbłoniczej. W *Nowinach Lekarskich* Nr. 19 i 20: Borzęckiego E.: Syphilis d'emblée. Sędziaka I.: Zaburzenia nosowe, gardlane, krtaniowe i uszne w cierpieniach zakaźnych ostrych. Czarneckiego: Obce ciało przeszkodą prawidłowego porodu (spostrzeżenie z praktyki).

Redakcya otrzymała:

— Dr. Wróblewski A.: Śmietanka krakowska. Kraków, 1900.

— Dr. Uhma: Syfilidologia. Lwów, 1900.

— Dr. Brudzewski K.: Wo ist der wirkliche Brennpunkt einer Linse? (Odbitka z »klin. Monatsblätter f. Augenheilkunde« XXXVIII 1900).

— Dr. Kaczyński St.: Listy z Monachium (Odbitka z »Przeg. Lek.« 1900).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.